TRATTATO

DELLE

MALATTIE CHIRURGICHE

E DELLE

OPERAZIONI CONVENIENTI

DEL

BARONE BOYER

MEMBRO DELLA LEGION D'ONORE, E DELLA REALE ACCADEMIA DELLE SCIENZE, DELL'ISTITUTO REALE DI FRANCIA, PROFESSORE DI CHIRURGIA PRATICA ALLA SCUOLA DI MEDICINA DI PARIGI, CHIRURGO CONSULTORE DEL RE, CHIRURGO PRIMARIO DELL'OSPEDALE DELLA CARITA', SOCIO DI MOLTE ACCADEMIE NAZIONALI ED ESTERE.

NUOVAMENTE TRADOTTO

IN ITALIANO

Volume Quinto

FIRENZE

TIPOGRAFIA DI SANSONE COEN

1835.

TRATTATO
DELLE
MALATTIE CHIRURGICHE
E DELLE
Operazioni Convenienti

CAPITOLO PRIMO

Delle malattie dell' ano e dell' intestino retto.

Queste malattie sono l'emorroidi, gli ascessi, le fistole, le fessure, il prolasso dell'intestino retto, i polipi, le affezioni veneree ed il cancro. Noi tratteremo successivamente di queste differenti malattie, dopo avere parlato dei vizi di conformazione dell' ano, e dei corpi estranei nel retto.

ARTICOLO I.

Dei vizi di conformazione dell' ano.

Non è cosa rara di vedere venire al mondo dei bambini con dei vizi di conformazione dell' ano. Quest' apertura si trova talvolta strettissima, e altre volte imperforata.

Del ristringimento dell' ano.

Quando esiste questo vizio organico, l'ano si trova aperto, ma è molto più stretto dell' ordinario. Questo ristringimento può essere maggiore, o minore. Lo Sculteto vide un neonato, il cui ano era così stretto che ci si poteva appena introdurre la punta di uno spillo. Roonhuysen riporta l'osservazione di una bambina dell'età di quattro mesi, la quale aveva l'ano strettissimo, e la madre di essa era obbligata di fare molti sforzi colle sue proprie mani per farne uscire le materie fecali, e finalmente il ristringimento crebbe a tal segno, che non permetteva più il passaggio di alcuna materia. Allorchè il ristringimento dell' ano giunge a questo segno, il bambino può perire per causa della raccolta delle materie fecali nel tubo intestinale, se egli non è prontamente e convenientemente soccorso. La mancanza del meconio nelle pezze, nelle quali è involto il bambino, o la piccola quantità di cui ne sono macchiate, la progressiva gonfiezza del ventre, e la dolorosa tensione del medesimo, i vomiti ed in generale tutti gli accidenti che risultano dall'accumulamento e dalla ritensione degli escrementi negl'intestini, non lasciano alcun dubbio sulla congestione fecale; e l'ispezione oculare dell'ano fa conoscere poi la natura della causa, che si oppone all'uscita delle materie.

L'indicazione terapeutica è positiva e urgente, e consiste nell'ingrandir l'ano, a fine di render libera l'uscita degli escrementi. Talvolta si è ottenuto questo effetto introducendo nell'ano dei corpi dilatanti, come un pezzo di radice di genziana, una candeletta ec.; ma questi mezzi non agirebbero colla necessaria prontezza in quei casi, nei quali gli accidenti prodotti dalla distensione del tubo intestinale minacciano di un breve fine la vita del bambino; in tali circostanze conviene ricorrere al ferro per ingrandir l'ano, recidendolo da un sol lato o da due, secondo il grado del ristringimento, con un bisturino guidato da una tenta scanalata. Appena fatta l'incisione, il meconio scola in abbondanza, e presto si dissipano gli accidenti prodotti dalla

sua ritensione. Si facilita poi l'uscita di questa materia escrementizia iniettando dell'acqua tiepida nel retto. Per impedire la riunione dei labbri dell'incisione e il nuovo ristringimento dell'ano, vi s'introduce uno stuello di fila spalmato con cerotto, di cui si aumenta gradatamente il volume, procurando di rinnovarlo ogni volta che il bambino va di corpo. È necessario di continuare per più mesi l'uso di questo stuello, o di una cannula di gomma elastica, a fine di opporsi ad un successivo ristringimento che è sempre da temersi.

Si sono osservati dei bambini, nei quali il ristringimento dell'ano non era così forte da impedire l'uscita al meconio, ed in appresso alle materie liquide o morbide, ma solamente alle feccie solide, le quali non venivano fuori che colla maggiore difficoltà. Ora siccome gli escrementi divengono sempre più solidi a misura che cresce l'età dei bambini, allorchè essi sono giunti ai dodici o quindici anni non possono più andar di corpo senza il soccorso dei clisteri, e ciascuna evacuazione è seguita da dolori tanto più forti, quanto più le materie fecali sono dure. Per facilitarne l'uscita e rimediare ai dolori che l'accompagnano, conviene ingrandir l'ano col bisturino, e mantenerlo dilatato colle meccie, delle quali si continua l'uso per lungo tempo. Ecco un'esempio di questa malattia e della sua guarigione.

M.*** soffriva fino dalla sua infanzia una gran difficoltà nelle evacuazioni alvine, che era divenuta sempre maggiore col crescere dell'età. Ciascuna evacuazione era seguita da dolori tanto più forti, quanto più le feccie erano solide.

All'età di 18 anni ebbe il vaiuolo, e durante il corso di questa malattia, stette quindici giorni senza andar di corpo; un purgante che egli prese allora, gli procurò parecchie evacuazioni, ma furono accompagnate da strappi dell'ano, da scolo di sangue e da dolori così violenti, che il malato gli paragonava a quelli, che produrrebbe un ferro rovente introdotto nell'ano, e gli cagionavano delle sincopi. Questo stato continuò così senza interruzione parecchi mesi.

Per mezzo dei lavativi il malato giunse ad ottenere ogni giorno una evacuazione alvina, dolorosissima in vero, ma i patimenti che produceva non continuavano al di là di quattro o cinque ore. Egli passò un' anno in questa penosa situazione, che in seguito andò ancor peggiorando; egli era obbligato di prendere ogni giorno tre o quattro clisteri uno dietro l' altro, ed essendosi accostumato a ritenerli per due ore, le materie si ammorbidivano maggiormente, e la loro evacuazione era meno dolorosa. Questo malato essendosi abbandonato a dei faticosissimi esercizi, gli venne di quando in quando un' eruzione di piccoli bottoni, accompagnata da un' incomodissimo prurito, e l' evacuazioni alvine divennero più laboriose. Furono in divers' epoche consultati parecchi medici e chirurghi, alcuni dei quali crederono che i dolori fossero prodotti da emorroidi, ed altri da un vizio venereo. Gli furono perciò prescritte le mignatte, le fumicazioni e l'uso delle meccie spalmate con unguento mercuriato. Questi rimedii uniti al riposo parvero recare qualche sollievo, ma alcuni mesi dopo, i dolori che non erano mai intieramente cessati, ripresero tutta la loro forza. Fu consultato allora il più celebre chirurgo della città che il malato abitava, il quale fu di opinione che gli accidenti sofferti dal paziente dipendevano da una viziosa curvatura del coccige, che egli credè prodotta da qualche caduta fatta nell' infanzia. In conseguenza egli ordinò al malato di far uso di supposte di spugna preparata; ma queste esacerbarono i dolori, e convenne renunziarvi. Si ritornò alle meccie spalmate con cerotto, il cui volume doveva essere ogni giorno aumentato, ma esse producevano di quando in quando un' ingorgo infiammatorio, che durava parecchi giorni, ed obbligava di sospenderne l' uso. Allora il malato non solo soffriva dei dolori crudeli, ma era ancora in uno stato di spasmo penosissimo. Fu costretto di lasciare intieramente l' uso delle meccie, e parecchi uomini dell' arte riuniti a consulto dichiararono la malattia incurabile, e fecero sospendere tutti i rimedii.

M.*** ridotto all' ultima desolazione, risolvè di venire a Parigi. Io lo viddi, e conobbi che la sua malattia consisteva in un ristringimento congenito dell' ano accompagnato da spasmo: gli proposi perciò l' operazione, a cui egli acconsentì. Feci due profonde incisioni laterali nell'ano,

e v' introdussi delle voluminose meccie. Alla fine di un mese le piaghe erano guarite, ma fu continuato l' uso della meccia ancora per due mesi dopo, per contrabbilanciare la tendenza dell' ano a ristringersi. Fino dal secondo sgravio alvino dopo l' operazione, M.*** non soffrì nè dolore nè difficoltà nell' evacuazione, per quanto voluminose e dure fossero le materie fecali. « Questo fortunato stato, mi scriss' egli quattro o cinque mesi dopo l' operazione, mi pare un sogno, e non posso pensarci senza maravigliarmene. Dopo aver sofferto per quindici anni i più terribili dolori, l' idea dei quali mi faceva tremare nel prender cibo, sebbene in piccola quantità, essendo continuamente tormentato dal timore di doverne evacuare il superfluo, mi trovo adesso libero da tante pene, che io considerava come inseparabili dalla mia esistenza ». Questo esempio di ristringimento congenito dell' ano, che produsse degli accidenti all' età, in cui le materie fecali sono consistenti e più o meno dure, non è il solo che io abbia avuto luogo di osservare. Ho veduto una donna dell' età di trentaquattro in trentasei anni, la quale era precisamente nello stesso stato del malato, di cui ho narrato la storia, e l' ho parimente guarita mediante la doppia incisione dell' ano, e l'uso degli stuelli lungamente continuato.

Imperforazione dell' ano.

L' imperforazione dell' ano è un vizio di conformazione, che fa perire la maggior parte dei bambini nei quali esiste, non potendo i soccorsi dell' arte salvarne che un piccolissimo numero. Siccome questo vizio dell' ano varia moltissimo, non si può formarsene un' idea esatta a meno di non distinguere con precisione le sue differenti specie: a tale effetto noi seguiremo la classificazione di Papendorf (1) su questo soggetto, che egli ha stabilito dietro numerose osservazioni. Riflettendo sulle divisioni fatte dagli autori per l' imperforazioni dell' ano, Papendorf osservò che niuna di queste comprende assolutamente tutte le maniere nelle quali questo orifizio può essere chiuso. Egli ha creduto dunque di fare una cosa utile distinguendo con nomi particolari tutte le imperforazioni, che sono state finora osservate, e che sono le seguenti. 1.° Il ristringimento dell' ano, che a propriamente parlare non è un' imperforazione, e di cui si è parlato di sopra. 2.° L' imperforazione interna, esistendo l' orifizio esterno. 3.° L' imperforazione cagionata da una membrana. 4.° L' imperforazione senza alcuna traccia d' orifizio, essendo l' ano otturato dalla pelle dura e compatta. 5.° L' imperforazione dell' ano con apertura del retto nella vescica orinaria. 6.° L' imperforazione dell' ano con apertura nella vagina. 7.° L'imperforazione dell' ano con obliterazione del retto. 8.° L' imperforazione senza intestino retto. 9.° L' imperforazione dell' ano naturale, accompagnata da un' ano contro natura.

In qualunque maniera che l' ano sia imperforato, allorchè non esiste un'apertura contro natura per dar passaggio alle materie fecali, queste si accumulano nel condotto intestinale, lo distendono e cagionano degli accidenti, che fanno perire il bambino, se non è prontamente soccorso, o se la specie d' imperforazione non è rimediabile per mezzo dell' arte. Il difetto dell' uscita del meconio, la progressiva tumefazione e la dolorosa tensione dell' addome, gli sforzi e i pianti del bambino, le nausee e poscia i vomiti di materie gialle o verdi, il rossore del viso e degli occhi, i quali divengono prominenti all' infuori, la gonfiezza delle vene del collo, il singhiozzo, e i movimenti convulsivi; tali sono i sintomi, dai quali si conosce una qualunque imperforazione dell' ano, allorchè non è accompagnata da un' apertura contro natura, per cui possano uscir fuori le materie fecali. Il diligente esame dell' ano fa poi conoscere la specie d' imperforazione esistente, ed i mezzi che la chirurgia può impiegare per rimediarci, quando il vizio non sia assolutamente incurabile. Sarebbe bene che questo esame fosse fatto prima della comparsa dei sintomi prodotti dalla ritensione e raccolta delle feccie nel tubo intestinale, ma disgraziatamente la maggior parte degli ostetrici e delle levatrici trascurano di esaminare l' ano dei neonati, e quindi è che se havvi l' imperfo-

(1) *Dissert. sistens observationes de ano infantum imperf. Lugd. Batav.* 1781 *in* 4.°

razione del medesimo, non se ne viene in cognizione sovente che allorquando si sono già manifestati dei gravi accidenti, che rendono inutile l' operazione, per mezzo della quale si sarebbe potuto salvare il bambino. Questa operazione è differente secondo la specie d' imperforazione, a cui si vuole rimediare. Ond' è che per giudicare del valore dei soccorsi che l' arte può offrire ai bambini, che nascono coll' ano imperforato, e per determinare i casi, nei quali questi soccorsi possono essere applicati con speranza di buon successo, e dove sarebbero inutili, bisogna considerare particolarmente ciascuna specie d' imperforazione dell' ano.

Imperforazione interna con orifizio apparente all' esterno.

In questa specie d'imperforazione l' apertura dell' ano è ben conformata, ma l' ostacolo che trattiene le materie è situato più in alto. Questo vizio di conformazione interna è sempre pericolosissimo; ciò non di meno il pericolo è più o meno grande secondo la situazione e la natura dell'ostacolo, che arresta le materie fecali. Siamo certi che egli è cagionato da una membrana, allorchè potendo introdurre l' apice del dito minimo nel retto, si trova a maggiore o minore profondità una parete, la quale, nel tempo che il bambino piange, cede all' impulsione del liquido contenuto nell'intestino al di là di essa; e se questa membrana è sottile, il dito, rompendola, apre un passaggio al meconio. Se poi ella è dura e compatta si fora col trequarti, o meglio ancora con un bisturino di lama strettissima, guidato con una tenta scanalata senza cul di sacco, la di cui scanalatura si dirige dalla parte del coccige. Bisogna fare un'incisione assai estesa, onde poter portare l' estremità del dito al disopra dell'ostacolo. Poscia conviene far uso per lungo tempo delle meccie di fila, o di una cannula di gomma elastica, introdotta nell'ano per mantenere ben dilatata la creata apertura. Un bambino di due giorni non era ancora andato di corpo, egli soffriva violenti dolori di ventre, il quale era teso, gonfio e dolentissimo al tatto. Si era tentato di dargli dei lavativi, ma il liquido veniva fuori dell' ano a misura che la cannula si vuotava. A fine di conoscere la natura del male, Petit introdusse nell' ano una sonda flessibile bottonata, la quale vi penetrò facilmente per la lunghezza di un pollice, ma non potè spingerla più oltre; allora introdusse un dito nell'ano lungo la sonda, e sentì una membrana molto sottile, la quale chiudeva trasversalmente la cavità dell' intestino retto al disopra dello sfintere; offrendo essa poca resistenza, egli l'incise con un faringotomo, introdotto lungo il suo dito. Il bambino evacuò nel momento i suoi escrementi, e continuò a andar di corpo per due mesi, alla fine dei quali morì. Petit soggiunge che è probabile che lo sfintere avrebbe fatto le sue funzioni, perchè tutte le volte che s' introduceva un dito nell'ano di questo bambino, ciò che si praticava di tempo in tempo, si trovava presso a poco l'istessa resistenza che s'incontra introducendo un dito nell'ano di qualunque altro bambino (1). Il successo dell' operazione dipende particolarmente dall' epoca, in cui è praticata, e dalla natura dell'ostacolo, che si oppone all' uscita delle materie fecali. Allorchè questo ostacolo è formato da una membrana poco resistente, e che l'operazione è praticata sollecitamente, riesce quasi sempre, purchè si dia all' incisione una conveniente estensione, e che si continovi per lungo tempo l' uso della meccia, e della cannula. Ma il più sovente si ricorre troppo tardi all'operazione, perchè l'ano apparendo esternamente benissimo conformato, l' imperforazione sfugge per lungo tempo all' attenzione di coloro, che hanno cura del bambino; di modo che non sospettando la causa degli accidenti che egli soffre, ordinariamente non reclamano i soccorsi dell' arte che allorquando questi accidenti sono giunti ad un tal grado, da rendere inutile l' operazione. Ma questa può divenire tale ancora per la natura stessa dell' ostacolo, allorchè occupa una porzione così estesa dell'intestino, che sarebbe difficile di poterla traversare per arrivare fino al meconio, e quando ancora si giungesse a traversare l'ostacolo, l' apertura sarebbe di rado tanto grande da dar passaggio alle materie fecali, le quali si accumulerebbero di nuovo negli intestini, e la loro ritensione farebbe perire il bambino. Que-

(1) *Mem. dell'Accad. di Chirur. Tom.* 2. *in* 12.° *pag.* 250.

sto è ciò, che fu osservato da Engerran (1) in un bambino, il quale quattro giorni dopo la sua nascita, rigettava tutto per vomito, e non poteva sgravarsi del meconio, quantunque l'ano fosse ben conformato esternamente; vi s'introdusse uno specillo, il quale urtava in un corpo durissimo, che fu forato con un'ago triangolare, e allora scaturì fuori una gran quantità di materie fecali, ciò nondimeno essendo sopraggiunta nuova ritensione degli escrementi, il bambino morì in capo a un mese. La sezione del cadavere mostrò l'estremità del retto unita a una specie di nodo simile all'ombilico di un'uomo adulto.

La profondità, a cui bisogna fare l'incisione, lo stato dell'intestino nel luogo, ove finisce, la strettezza dell'ano, che non permette sempre d'introdurvi il dito per servire di guida al ferro, sono altrettante circostanze, che rendono viemaggiormente difficile e pericolosa l'operazione. In tali casi è accaduto talvolta che invece d'incidere la membrana, che ottura il retto, si è tagliato l'intestino disteso dal meconio, di modo che dopo l'uscita di questa materia, l'intestino essendosi ristretto ed avendo ripreso la sua natural posizione, la ferita che vi era stata fatta non corrispose più a quella della specie di cul di sacco, su cui si era operato, e quindi è che successe una mortale infiltrazione nel bacino.

Talvolta l'ostacolo è di una natura da impedire il successo dell'operazione. Trioen (2) racconta una osservazione fatta in una piccola bambina, il cui ano era esternamente ben conformato; ma quando s'introduceva uno specillo nel retto, incontrava della resistenza; questa bambina morì dopo tre giorni. Essendosi aperto il cadavere e dissecato l'ano, fu trovato superiormente alla distanza di un dito traverso dall'orifizio esterno, la membrana che si opponeva all'introduzione dello specillo; era grossa circa dieci linee, e aveva una durezza cornea. In casi simili a questo, l'operazione, quantunque bene eseguita, non sarebbe facilmente coronata da buon successo; poichè, quando s'incidesse la membrana, l'apertura si troverebbe rare volte sufficientemente grande.

Imperforazione formata da una membrana che copre l'ano.

In questa specie d'imperforazione, l'ano è organizzato come nello stato naturale, ma una membrana più o meno grossa tesa su questa apertura, la chiude esattamente. Il più di sovente questa membrana è così sottile, che lascia vedere il meconio a traverso di essa, e cede alla pressione degli escrementi, formando un tumore all'infuori quando il bambino fa degli sforzi per andar di corpo, e toccandola col dito, lascia sentire un vuoto internamente. Ma non sempre peraltro è così sottile. Fabrizio Ildano (3) racconta di aver guarito un bambino, che aveva l'ano otturato da una membrana durissima, nella quale non si riscontrava altra traccia dell'ano che una macchia un poco livida: questo bambino non fu operato che nel sesto giorno dopo la sua nascita. Un'osservazione di Giorgio Tobia Durr, (4) offre un'esempio singolare della specie di imperforazione, di cui si parla. Ne è il soggetto un bambino, il cui ano era otturato da una membrana; ma si vedeva una linea, la quale cominciava nel luogo di quest'orifizio e si estendeva fino alla radice della verga, nella cui estremità vi si vedeva un foro della grandezza di un pisello, dal quale usciva del meconio e dell'aria: due mesi dopo la sua nascita, fu incisa colla lancetta questa membrana, che chiudeva l'ano, e all'istante gli escrementi vennero fuori in abbondanza, e il bambino fu guarito.

L'imperforazione dell'ano formata da una membrana, è la meno pericolosa. La maggior parte dei figli che nascono con questo vizio di conformazione, possono esserne perfettamente guariti, purchè l'operazione, per cui si distrugge l'ostacolo, sia fatta in tempo. Questa operazione non è nè lunga nè difficile: essa consiste nell'asportare la membrana tutta intiera, dopo averla incisa crucialmente: il bambino si abbandona poscia alla natura, e non vi è da temere che le parti si riuniscono, apponendovisi il continuo pas-

(1) *Mem. dell'Accad. di Chirur. Tom.* 2. *in* 12.° *pag.* 253.
(2) *Osserv. Med. Chirur. p.* 60.
(3) *Observ. Chir. Cent.* 1 *Obs.* 73.
(4) *Eph. nat. curig. Deca II. an.* 7 *obs.* 62.

saggio delle materie. Si trovano negli autori un gran numero di osservazioni, che dimostrano che questa operazione ha sempre un'esito felice quando è fatta in tempo; mentre al contrario è stata inutile, se vi si è ricorso troppo tardi.

Imperforazione senza alcuna traccia di apertura, l'ano essendo chiuso dalla pelle.

In questo caso l'apertura dell'ano manca assolutamente, di modo che la pelle, la quale ordinariamente si ripiega nell'interno del retto, si trova tesa sull'ano, senza lasciarne quasi vedere alcuna traccia. La grossezza di questo ostacolo, è più o meno considerabile secondo che l'ano è otturato dalla pelle sola, o dalla pelle, dal tessuto cellulare, e da una specie di prolungamento carnoso. È ancora possibile che l'intestino retto manchi interamente, che sia mal conformato, o che si apra in tutt'altro luogo, che in quello, ove deve aprirsi.

Le varietà di questo vizio di conformazione dell'ano, ci offrono la spiegazione dei differenti risultamenti delle operazioni, che sono state praticate in simili casi. Si trovano negli autori parecchie osservazioni, che provano che dei bambini venuti al mondo senza alcuna apparenza di ano, sono stati guariti per mezzo di una incisione più o meno profonda, praticata nel luogo, ove doveva trovarsi l'apertura dell'ano medesimo. Ma altre osservazioni più numerose ancora attestano che questa operazione è stata fatta il più di sovente senza successo. È infinitamente probabile che nei bambini, nei quali è stata utile, non mancasse l'intestino retto, ma che invece di essere aperto, terminasse sotto la pelle in una specie di cul di sacco, mentre negli altri questo intestino o non esisteva che in porzione, o mancava del tutto, oppure si apriva in una cavità straordinaria. In fatti è facile il persuadersi che allorquando il vizio di conformazione non si limita all'esterno, e che il retto è mancante o è mal conformato, l'operazione non può essere di alcuna utilità. I successi che alcuni autori dicono di avere ottenuti in tali casi mediante l'operazione, sono stati di corta durata; il meconio è stato evacuato, ma la guarigione non è stata che apparente. Bisognerebbe, perchè fosse reale, che l'apertura stata creata restasse libera e permanente, ciò che nel caso in questione supera i poteri dell'arte. La verità di quanto diciamo è dimostrata da un gran numero di fatti. G. L. Petit (1) narra che egli praticò l'operazione tre giorni dopo la nascita in un bambino, a cui mancava intieramente l'ano; il meconio venne fuori, ma il bambino morì in convulsioni. Egli soggiunge che la stessa operazione essendo stata fatta in un'altro bambino, fu dilatata l'apertura col dito, ma non si potè rintracciare il retto. In capo a tre ore si manifestò nel luogo della piaga, un tumore molle e nerastro della grossezza di una susina, che passava a traverso la praticata incisione, e la nascondeva intieramente. Fu fatta la punzione del tumore, ne sgorgò il meconio, e il bambino ne apparve sollevato, ma dopo avere languito per sette o otto giorni, morì. All'apertura del corpo, Petit trovò che il tumore molle e nerastro era una specie di ernia formata dalla parete posteriore del retto, la quale spinta in basso dalle materie fecali nel tempo degli sforzi, che faceva il bambino per evacuarle, si era con essa introdotta nell'incisione, ove trovava minor resistenza, che altrove. La porzione del retto ricoperta dallo sfintere, era intieramente scomparsa, senza lasciare alcun vestigio, disposizione o apparenza di cavità. Si durò molta fatica a introdurvi un finissimo ago ben appuntato. L'istesso autore riporta ancora nella sua terza osservazione, che un bambino nato senza alcuna traccia di ano, fu tosto, ma inutilmente operato con una lancetta. Si ricorse poscia a un trequarti, il quale procurò l'uscita degli escrementi, ma ciò nonostante il bambino perì il giorno dopo. Queste, e molte altre osservazioni di simil genere sparse nei libri, provano che nell'imperforazione dell'ano senza alcun vestigio di apertura, l'ordinaria operazione non può esser utile, allorchè manca il retto, o che è mal conformato, e che in tali casi bisogna anzi astenersi dal praticarla. Ciò nondimeno, siccome è impossibile di conoscere *a priori* lo stato di questo intestino, e che d'altronde l'indicazione di dare esito alle materie fecali è positiva, la maggior parte

(1) *Mem. de l'Acad. de Chirurg. T.* 2 *p.* 237 *in* 12.°

dei Chirurghi, per non mancare al loro dovere, praticano un'incisione nel luogo, ove dovrebbe trovarsi l'ano, e non rinunziano alla speranza del fine che si propongono se non allorchè vedono che il meconio non viene fuori, dopo aver fatta una incisione molto profonda. Ma questa operazione presenta le più grandi difficoltà, senza offrire quasi alcuna speranza di buon successo. Niente nella disposizione delle parti esterne indica il luogo, ove deve terminare l'intestino retto, e non si sa neppure se questo intestino esista. Gli autori citano un gran numero di esempi d'individui, nei quali il retto, terminava in un cul di sacco verso la base del sacro, o pure mancava intieramente. A che altro servirebbe egli in simili casi l'operazione, se non che ad affrettare la morte del bambino? Ma concediamo pure che si potesse pervenire fino al retto, e come il meconio e le materie fecali potrebbero venir fuori liberamente lungo un tratto sì grande di parti assai compatte, e che la loro tumefazione le porterebbe ad un mutuo contatto? l'infiltrazione di queste materie nel tessuto cellulare del bacino, avrebbe infallibilmente luogo, ed aggraverebbe vieppiù lo stato del bambino. Quindi è che, conforme abbiamo rilevato dalle osservazioni di Petit, quando questa operazione è stata tentata, è accaduto che non si è potuto pervenire fino all' intestino, o che dopo esserci giunti con molta difficoltà, si è veduto perire il bambino in un corto spazio di tempo, o tutt'al più alcuni giorni dopo l'operazione. Risulta dunque da queste considerazioni che l'imperforazione dell'ano, senza alcuna traccia di questa apertura, non può guarirsi giammai con una incisione praticata nel luogo ove suole terminare l'intestino retto, e che perciò nei casi, nei quali si avrebbe qualche ragione d'intraprendere questa operazione, si deve rinunziarvi allorchè, dopo avere fatto un taglio piuttosto profondo, non si vede venir fuori il meconio. Non rimane allora altra risorsa per salvare la vita del bambino, che di stabilire un ano contronatura, operazione della quale parleremo ben tosto.

Imperforazione dell' ano con apertura del retto nella vescica.

In questa specie d' imperforazione, la quale non si osserva che negl' individui maschi, l'intestino retto invece di aprirsi nell' ano, si apre nella vescica con un piccolissimo orifizio, o con un canale stretto, simile all' appendice vermiforme del cieco. Questa apertura si osserva nel basso fondo della vescica, fra gli ureteri, nel collo di questo viscere, o nella porzione membranosa dell'uretra. Si trova negli autori un gran numero di osservazioni di questa specie d' imperforazione, e si rileva da esse che i bambini nati senz' ano, e che hanno reso il meconio per le vie orinarie, sono vissuti al più lungo una quindicina di giorni. La maggior parte muore nei primi tre o quattro giorni della loro nascita. Per altro la seguente osservazione prova che un bambino può vivere anche parecchi mesi con questo vizio di conformazione. Un bambino dell' età di quattro mesi non aveva alcun vestigio di apertura all'ano; rendeva le materie fecali per l'uretra, e stava bene d' altronde. Il perineo e lo scroto erano nel loro stato naturale, ma talvolta il ventre si gonfiava, e il bambino pareva che soffrisse molto allorchè aveva bisogno di evacuare i suoi escrementi. Rimase in questo stato per circa altri tre mesi, mentre la sua genitrice si opponeva con ragione ad una operazione, che le veniva proposta, e che ella credeva inutile. Pure finalmente fu praticata, il bambino avendo allora sette mesi. S'introdusse il trequarti nel luogo ove avrebbe dovuto esser l'ano, ma non escì che qualche goccia di sangue. Una seconda punzione più profonda della prima non ebbe miglior successo. Un'ora dopo questo infruttuoso tentativo, il bambino rese per l'uretra un poco di materia fecale. Egli visse ancora fino all'età di diciotto mesi, lamentandosi molto allorchè sentiva il bisogno di evacuare gli escrementi. Finalmente i dolori divennero così violenti, che gli cagionarono delle convulsioni, e morì col ventre eccessivamente tumefatto. All' apertura del cadavere si vide il colon e la maggior parte degli intestini enormemente distesi e ripieni di escrementi solidi. Il retto era lungo tre pollici, e terminava in un canale lungo quattro pollici, il quale passando sotto la prostata, si apriva nella porzione membranosa dell'uretra. Nel luogo dell'inserzione di questo canale eravi un nocciolo di ciriegia, che il bambino avea ingoiato,

e che si opponeva al passaggio delle materie stercorali nell' uretra (1).

Nella specie d'imperforazione di cui si parla, non si deve tentare alcuna operazione allorchè non esiste niun vestigio dell'ano, poichè tutte le operazioni tentate in simili casi non sono state di alcuna utilità. Ma se l'ano esistesse, e fosse otturato da una membrana, sarebbe possibile di rimediare a questo vizio di conformazione incidendo questa membrana, e si salverebbe così la vita del feto. Zacuto Lusitano (2) riporta un' esempio di questo caso.

Un bambino venne al mondo coll'ano otturato da una membrana, e rese le materie fecali per la verga per lo spazio di tre mesi, ma alla fine di questo tempo essendo stata incisa la membrana, esso guarì perfettamente. Noi abbiamo detto di sopra che l'imperforazione dell'ano con apertura del retto nella vescica, non si osserva che nei maschi; pure Morgagni (3) racconta di aver sentito dire, che era stata veduta a Bologna una bambina, che non rendeva le materie fecali per l'ano, ma bensì per la via delle orine, colle quali erano mescolate.

Imperforazione dell' ano con apertura del retto nella vagina.

Questa specie d'imperforazione non è sempre mortale, ma è un vizio di conformazione sgradevolissimo. Se l'apertura del retto nella vagina è strettissima, le bambine periscono alcuni giorni dopo la nascita, attesa l' impossibilità di rendere i loro escrementi. Se questa apertura è assai grande, il meconio n'esce facilmente, ed in tali casi il più di sovente le bambine continuano a vivere, senza che subiscano alcuna operazione, rendendo per tutto il tempo della loro vita le fecce per la vulva. De Jussieu (4) narra di avere conosciuta una bambina di sette in otto anni, la quale aveva l'ano otturato, e rendeva gli escrementi dalla vulva. Beniveni (5) racconta pure che una bambina nata coll'ano imperforato, rendeva alcuni giorni dopo la sua nascita le materie fecali per la vulva, e che visse con questa infermità fino all'età di sedici anni, nella quale morì di violenti dolori colici. Van-Swicten (6) conobbe una fanciulla nubile, la quale stando bene d'altronde, soffriva questo incomodo. Haesbart (7) dice di avere vista una ragazza di venti anni, nella quale gli escrementi venivano fuori dalla vulva, essendo l' ano imperforato: essa godeva di una buona salute. Sarebbe inutile di citare un maggior numero di esempi di questo vizio di conformazione; ma frattanto io non voglio passar sotto silenzio la storia della figlia di un Ebreo di Padova, chiamato *Teutonico*, di cui parla Mercuriale (8). Essa era venuta al mondo senza ano, e rendeva i suoi escrementi per la vagina, e malgrado questo incomodo ella arrivò all' età di vent' anni, come narra Morgagni (9). Gli autori di queste osservazioni non hanno detto se gli escrementi venivano fuori involontariamente per la vulva, o se le donne, che soffrivano questa infermità, avevano la facoltà di ritenerli. Questo vizio di conformazione è incurabile: non si deve neppure cercare di rimediarvi praticando un'incisione nel luogo, ove dovrebbe esister l' ano, perchè non siamo sicuri che l'intestino discenda assai in basso da poterlo arrivare; d'altronde supponendo ancora che ci si potesse pervenire e farvi un' incisione assai grande per dare esito alle materie fecali, siccome quest' apertura sarebbe sprovvista di sfintere, e che probabilmente la via aperta dalla natura nella vagina non si chiuderebbe, la malata renderebbe gli escrementi per queste due aperture, ciò, che raddoppierebbe il suo incomodo, invece di guarirlo. Ma allorchè l' apertura del retto nella vagina è molto stretta e che le materie fecali non possono passarvi, o

(1) *Flajani. Osserv. di Chirurg. T.* 4 *osserv.* 39.
(2) *Prax. med. admir. l.* 3 *obs.* 72.
(3) *De sed. et caus. morb. epist.* 32 *art.* 4.
(4) *Stor. dell' Accad. delle Scien. Anno* 1719.
(5) *De abdit. nonnul. morb. et sanat. caus. cap.* 86.
(6) *Comm. in aph. Boerha.* §. 1340 *p.* 577.
(7) *Ephem. nat. cur. De cur.* 2 *ann. X obs.* 75 *p.* 132.
(8) *De morb. puerp. lib.* 1 *c.* 9.
(9) *De Sed. et caus. morb. ep. XXXII art.* 3.

vi passano con moltissima difficoltà, non si potrebb'ella ingrandire come s'ingrandisce un ano troppo stretto per vizio di conformazione? Io sono di parere che ciò potesse farsi senza inconvenienti, specialmente quando quest'apertura è molto vicina alla vulva; questo è il solo mezzo di prevenire gli accidenti, ai quali sono esposti i malati per la ritensione degli escrementi.

Imperforazione dell'ano con obliterazione del retto.

In questo caso il retto o è chiuso, o alterato o confuso colle parti che lo circondano, e questo vizio di conformazione, di cui non si può acquistare una perfetta cognizione che mediante l' apertura dei cadaveri, è sempre mortale. Se ne trova un gran numero di esempi negli autori; ma noi ci limiteremo a citare i seguenti. Si legge nello Schenk (1) una osservazione di Gessenio Ajessen fatta sopra una bambina, il cui ano era bene conformato all'esterno, ma quando s' introduceva uno specillo nel retto, s'incontrava la resistenza di una membrana. Fu incisa, e uscì fuori una piccola quantità di dense materie, ma non potendo neppure i clisteri penetrare nel canale intestinale, la bambina morì. Nella sezione del cadavere fu trovato che le pareti del retto erano incollate insieme in due luoghi, e che in due altri punti questo intestino era otturato da due membrane. Schultz (2) narra che nacque un bambino senza apparenza d'ano: fu eseguita la solita operazione, ma non escì che qualche goccia di sangue, e il bambino morì il giorno appresso. All'apertura del corpo si trovò il retto senza cavità per la lunghezza di nove dita traverse, e attorcigliato come una corda fino al luogo, ove avrebbe dovuto trovarsi l'ano.

Imperforazione senza intestino retto.

Da molte osservazioni si rileva che dei bambini sono nati senza l'intestino retto, essendo il colon chiuso nella sua estremità inferiore in modo, che terminava in un cul di sacco. In questo vizio di conformazione l'ano ora è aperto e forma un condotto senza uscita, profondo un pollice o due, ora non n' esiste alcuna traccia. Ruischio (3) narra di aver visto due bambini, i quali essendo nati senza alcun vestigio di ano, erano assolutamente mancanti d'intestino retto. Binningen (4) ha veduto un bambino senza ano, a cui fu fatta l'operazione richiesta in tali casi, ma esso morì il secondo giorno della sua nascita. All'apertura del cadavere fu trovato mancante l'intestino retto. L' estremità del colon era ristretta e serrata come se fosse stata legata con una corda, e degenerava in una cortissima sostanza ligamentosa. Un bambino venne al mondo senza alcun vestigio d'ano: le parti presentavano un' eguale resistenza al tatto dal coccige fino allo scroto. Jamieson, a cui fu presentato questo bambino, praticò nel luogo, che gli parve il più conveniente, un'incisione assai profonda, nella quale introdusse immediatamente il dito minimo per andare in traccia dell' intestino, ma inutilmente. Ricorse al trequarti, che egli spinse molto in dentro, ma non uscì che qualche goccia di sangue, e il bambino morì il giorno dopo. All' apertura del suo corpo Jamieson scoprì che l'intestino retto mancava intieramente, e che il colon chiuso e ripieno di meconio, ondeggiava nella cavità del bassoventre: tutte le altre parti erano nello stato naturale (5). Wagner (6) dice di avere esaminato un bambino, il cui ano ammetteva uno specillo fino alla profondità di un pollice e mezzo, ma che non si poteva spingerlo più in dentro: esso morì il decimo giorno dopo la sua nascita. Nell' esaminare il suo corpo, fu trovato due specie di retto, l'uno cortissimo che terminava all'ano, e l'altro che formava la continuazione del canale intestinale, era estremamente ripieno di materie fecali e d' aria, e si ripiegava sulla parte superiore del sacro, a cui era fortemente aderente.

(1) *Obs. Medical. lib.* 3 *p.* 384.
(2) *Ep. Acad. nat. Cur. Dec. I. an. III. obs.* 2.
(3) *Adv. anat. de cad.* 2 *p.* 43.
(4) *Obs. Med. cent.* 2 *obs.* 8 *p.* 222.
(5) *Sagg. e oss. di med. della Soc. di Edimb. T.* 4 *au* 32.
(6) Comm. Litturg. *Norimb. an.* 1734.

Imperforazione dell'ano naturale accompagnata da un'ano straordinario.

In questo vizio di conformazione, l'intestino che tiene luogo del retto, termina a uno dei punti della circonferenza del basso ventre, ove fa le funzioni d'ano. In due gemelli maschi Mery (1) osservò che l'umbilico formava all'infuori una specie di cercine elevato tre o quattro linee sulla superficie del ventre, in cui si vedeva un foro di sette o otto linee di diametro. L'intestino colon finiva a questo cercine dell'ombilico, e lo traversava con un foro della grossezza di una linea e mezzo, che faceva le funzioni d'ano in questi bambini. In un'altro feto mostruoso, nato a termine senza alcuna apparenza d'ano, e di cui Petit rese conto all'Accademia delle Scienze, (2) l'estremità dell'ileo terminava nel lato sinistro del basso ventre in forma d'ano. Non eravi nè il retto, nè il colon, ma solamente una porzione del cieco. In un'altro feto disseccato da Littre, (3) l'intestino ileo si apriva in una borsa carnosa, che aveva la grossezza e la figura di un piccolo uovo di gallina; dall'estremità inferiore di questa borsa usciva un canaletto lungo tre linee, e grosso due, che andava a terminare con un foro rotondo del diametro di una linea e mezza, alla superficie esterna del ventre, un poco al di sopra del luogo, ove doveva essere la sinfisi del pube; e questo foro faceva le funzioni d'ano.

Da quanto noi abbiamo detto sull'imperforazione dell'ano risulta; 1.° che i bambini, nei quali il retto arriva fino ai tegumenti ed è solamente otturato da una membrana più o meno compatta o cutanea, e quelli che hanno l'ano ben conformato e apparente, ma nei quali il retto è chiuso da una sottil membrana, situata a una mediocre altezza, possono guarire mediante l'operazione usata in tali casi, purchè sia praticata sollecitamente e prima che la ritensione del meconio abbia fatto nascere degli accidenti, che la renderebbero inutile. 2.° Che se non vi è vestigio d'ano, e se dove dovrebbe esistere questa apertura, la pelle è dura, compatta e avvallata, l'incisione o la punzione fatta col trequarti è incertissima, perchè il retto o non esiste, o è mal conformato. I successi che alcuni autori raccontano di avere ottenuto operando in tali casi, sono stati di corta durata: il meconio è stato evacuato, ma la guarigione non fu che apparente.

Dietro tutte queste considerazioni è stato proposto, allorchè l'incisione e la punzione è stata fatta infruttuosamente, e che la morte della creatura è certa, perchè non può evacuare il meconio, di fare nella parte sinistra del ventre nel luogo, che corrisponde all'estremità inferiore del colon, fra l'ultima costa e la cresta degli ilei, un'incisione longitudinale in questo intestino, a fine di procurare per tutta la vita una libera uscita alle materie fecali. Littre (4) è stato il primo a concepir questa idea. Questo anatomico avendo trovato in un bambino morto nel sesto giorno della sua nascita, l'ano senza apertura e il retto diviso in due parti, pensò che si potesse fare con successo un'incisione nel ventre, a fine di fissare la porzione inferiore del colon alla piaga dei tegumenti, perchè facesse ivi le funzioni d'ano. Nessun autore che dopo Littre ha scritto sull'imperforazione dell'ano, ha fatto menzione del progetto d'operazione che propone questo illustre anatomico. Il professor Dubois è stato il primo, che abbia osato mettere in pratica ciò che Littre non aveva fatto che proporre. Egli eseguì questa operazione nel mese di Decembre del 1783 in un bambino di tre giorni, nato senza vestigio d'ano, e il quale morì dieci giorni dopo l'operazione. All'apertura del suo corpo furono trovati i bordi dell'intestino consolidati alla circonferenza della piaga dell'addome. Desault praticò questa operazione nel mese di Aprile 1794 in un bambino venuto al mondo quarantotto ore innanzi. Dopo averlo esaminato, questo celebre Chirurgo conoscendo che sarebbe stato inutile di tentare l'incisione nel luogo, ove doveva esser l'ano, la fece nel posto consigliato da Littre, ma senza successo, poichè il bambino morì quattro

(1) *Stor. dell'Accad. delle Scienz. ann.* 1700 *p.* 40.
(2) *An.* 1716 *p.* 89.
(3) *Mem. dell'Accad. delle Scienz. an.* 1709 *p.* 9.
(4) *Stor. dell'Accad. delle Scienz. di Parigi an.* 1710.

giorni dopo. Duret, uno dei Chirurghi primari della marina di Brest è stato più fortunato. Nel mese di Ottobre 1793 gli fu presentato un bambino senz'ano, e le cui parti genitali erano mal conformate. Erano trentaquattr'ore che questo bambino era nato. Nell'esaminarlo attentamente Duret osservò che le parti della generazione erano disposte in modo, che lo scroto era solcato lungo il rafe e presentava due parti eguali, ciascuna delle quali conteneva un testicolo; al primo aspetto si sarebbe creduto di vedere una bambina; al perineo vi era il glande corredato del meato orinario, che lasciava uscire liberamente l'orina; nel posto dell'ano non vi si scopriva alcun indizio dell'esistenza del retto: la pelle aveva il suo colore e la sua natural consistenza. Niun tumore appariva negli sforzi che il bambino faceva per andar di corpo. Duret giudicando il caso estremamente grave, richiese il consiglio di parecchie persone dell'arte, e fu risoluto di fare un'incisione col bisturì nel luogo, ove doveva corrispondere l'estremità del retto, ma non fu possibile di giungere fino a questo intestino del quale si conobbe che mancava la porzione inferiore, perchè una siringa introdotta assai profondamente a traverso la ferita, non incontrò nulla di resistente, che ne indicasse la presenza. Il bambino sembrava perduto; il suo ventre era molto gonfio, aveva dei frequenti vomiti, e le sue membra fredde annunziavano una vicina morte, ma ciò nonostante viveva ancora ventiquattr' ore dopo. Duret allora propose di aprirgli il ventre in basso nella regione iliaca sinistra, di andare a cercare l' S del colon, di fare una apertura in questo intestino, e di fissarlo ai contorni della piaga. Questa operazione fu prima praticata sul corpo morto di un bambino di circa quindici giorni. I consultori sodisfatti della sua riuscita, decisero che sarebbe eseguita sul piccolo malato, il quale aveva allora tre giorni, e Duret la praticò. Egli aprì l' addome al disopra della regione iliaca nel luogo, ove l' S del colon formava un tumore, poco però apparente, e dove il meconio sembrava imprimere un colore più scuro alla pelle; egli diede a questa incisione circa un pollice e mezzo d' estensione, e servì a introdurre nel bassoventre il dito indice, con cui tirò fuori l' S del colon e temendo che in seguito non rientrasse nel ventre, passò nel mesocolon due fili incerati, quindi incise l' intestino per il lungo. Il meconio uscì fuori tosto in abbondanza, si calmarono gli accidenti prodotti dalla sua ritensione, e il giorno appresso il bambino era già in un sodisfacente stato, e faceva sentire i suoi vagiti, cosa che non aveva fatto fin allora, per la debolezza in cui era. I giorni successivi le cose andarono di bene in meglio: il quinto giorno i fili, che sostenevano l'intestino parvero inutili, e furono tolti; il sesto giorno, l' apertura nell'intestino larga circa un pollice dava passaggio alla membrana mucosa prolassata, e la piaga avea l'aspetto di un'uovo di gallina. Il settimo giorno il bambino era guarito, e non avea più bisogno che della sorveglianza dei suoi genitori. Lassus dice di aver visto questo fanciullo a Brest, essendo allora dell'età d'undici in dodici anni, e portava nel bassoventre un' ano contronatura, complicato con un doppio rovesciamento d' intestino.

Callisen ha proposto a questa operazione un' importante modificazione. Egli pensa che sarebbe meglio di aprire la porzione lombare sinistra del colon nel luogo, ove si trova in qualche modo fuori della cavità del peritoneo; per ciò fare bisognerebbe praticare l' incisione tra il margine delle false coste e la cresta degl'ilei, paralellamente al margine esterno del muscolo quadrato dei lombi. Così si creerebbe parimente un' ano contro natura, ma meno svantaggioso, perchè sarebbe di minore imbarazzo e più lontano dalle parti genitali. Ma questo metodo di Callisen presenta maggiori difficoltà di quello di Littre, e queste difficoltà non sono compensate dai piccoli vantaggi, che offre. Il colon, nei bambini della prima età, è il più di sovente ritenuto da una specie di mesenterio, che gli permette in qualche modo di ondeggiare nel ventre, di maniera che l'apertura del peritoneo è quasi inevitabile, come accadde nell' esperienza che l' istesso Callisen ne fece sul cadavere di un bambino, che aveva il retto imperforato senza apparenza d' ano. Del rimanente, qualunque sia il metodo operatorio che si adotti, il successo dell'operazione è sempre dubbioso. Per altro siccome ella è facile ad eseguirsi, e non è in sè stessa punto peri-

colosa, bisogna praticarla, o essere spettatori inutili della morte del bambino. Ma prima di ricorrervi non si deve lasciare ignorare ai genitori l'incertezza dell'unico soccorso, per mezzo del quale si può giungere a salvare la vita del bambino, e la natura della infermità, che risulterà dall'operazione, se ha un'esito felice. Se essi si decidono in favore di questa operazione, conviene eseguirla subito per timore che il bambino non perisca in conseguenza della distensione e della infiammazione del condotto intestinale.

ARTICOLO II.

Dei corpi estranei nel retto.

I corpi estranei nel retto possono venire dall' esterno, od essersi formati in questo intestino, od in altri luoghi del tubo intestinale.

Quelli che provengono dall' esterno o sono stati ingoiati, e dopo di aver percorso tutte le vie alimentarie, si son fermati nel retto, o pure sono stati introdotti in questo intestino per la via dell'ano.

I corpi estranei, che si arrestano nel retto dopo di essere stati ingoiati, il più di sovente sono frammenti di ossi, reste di pesci, noccioli, o altri corpi duri mescolati con i cibi. Il tempo che impiegano questi corpi a scendere dallo stomaco nell'intestino retto, non offre niente di costante. Sovente trascorrono parecchie settimane prima che la loro presenza presso l' ano cagioni qualche accidente. Il loro transito per il canale intestinale è indicato da dei sordi dolori, che si fanno sentire prima nella regione dello stomaco, poi in diversi punti dell' addome, dove divengono talvolta vivissimi. Alcuni di questi corpi estranei si sono arrestati momentaneamente nell' esofago, ed è stato necessario di spingerli nello stomaco, dove alcune volte è parso che abbiano fatto un lungo soggiorno prima di passare negli intestini. Arrivati nel retto, ecco i segni che ce ne indicano la loro presenza. Il malato soffre all' ano un dolore oscuro o vivo, che sovente diviene più intenso in certi movimenti, come, per esempio, nella flessione del tronco. A questo dolore si unisce in alcuni casi un' infiammazione, che si estende a diversi punti dell' ano, e che termina ordinariamente nella suppurazione, qualche volta nella gangrena, e quasi sempre nella perforazione dell' intestino. In molti casi una fistola è la conseguenza di questa infiammazione. Finalmente in alcuni soggetti, il volume del corpo estraneo ottura completamente l'intestino, e ne nasce la costipazione, la tumefazione dell' addome, le nausee, i vomiti ec. In qualche caso la presenza del corpo estraneo nel retto produce la tumefazione dell'emorroidi, la ritensione d'orina, e l'infiammazione del bassoventre.

Tutti questi segni non sono che razionali; possono far sospettare la causa degli accidenti, che si osservano, ma per conoscerla con sicurezza, bisogna ricorrere ai segni sensibili. Raramente l'occhio può distinguere i corpi estranei, a meno che non siano vicinissimi all' ano, e tuttavia il più di sovente sarebbe necessario di introdurvi uno *speculum ani* per vederli. Ma in tutti i casi il dito esploratore può arrivare a sentire, ciò che gli occhi non possono vedere; perciò portandolo nel retto, si conosce la presenza del corpo estraneo, e sovente ancora la sua forma, il suo volume e le circostanze, che si oppongono alla sua spontanea espulsione.

L' esistenza di un corpo estraneo nel retto è stata manifestata accidentalmente da delle circostanze, nelle quali non si era creduto dover ricorrere all'introduzione del dito. Talvolta la resistenza che ha incontrata la cannula della canna da lavativi, ha fatto emergerne il diagnostico. In altri casi il bisturino immerso in un ascesso nato nel margine dell'ano, ha toccato il corpo estraneo; talora si è rinvenuto nel praticare l'operazione della fistola; e in taluni nell'introdurre una sonda nelle carni sfacelate, che circondano l'ano. Tutti questi segni sono comuni ai corpi estranei, che sono pervenuti nel retto, dopo di essere stati ingoiati, o che vi sono introdotti per l' ano. Le circostanze commemorative fanno conoscere la via, per la quale vi sono penetrati.

Qualunque poi sia questa via, l'estrazione è la comune indicazione, che presentano questi corpi estranei, la quale talvolta è facile, e tal'altra offre grandi difficoltà. Se il corpo estraneo è libero, e poco voluminoso, il più di sovente è

cacciato fuori spontaneamente. Se fosse ritenuto al di sopra dello sfintere dell'ano, basterebbe introdurvi le pinzette o le tanagliette per prenderlo ed estrarlo. Se egli è libero e voluminoso, e che anche coll'aiuto delle tanagliette non possa traversare l'orifizio del retto, si procura di ridurlo in pezzi, dopo aver preso le necessarie precauzioni perchè le sue scheggie non feriscano l'intestino. Non si deve ricorrere all' incisione dell' ano, che allorquando questa operazione sembra indispensabile. Se il corpo estraneo è impegnato con una delle sue estremità nelle pareti del retto, lo è ordinariamente colla sua estremità inferiore o la più vicina all'ano; in tal caso bisogna afferrarlo per l'estremità superiore, respingerlo in alto per disimpegnarne l'altra, e quindi prenderlo per questa estremità divenuta libera, ed estrarlo. Se il corpo estraneo avesse molte ineguaglianze, e che si fosse impegnato nelle pareti del retto con parecchie delle sue punte, potrebbe divenire necessario di dover tagliare le briglie formate attorno di esso dalle pareti stesse dell' intestino.

Se la vescica fosse piena d'orina, converrebbe prima vuotarla colla siringa, e poi procedere all' estrazione del corpo estraneo. Se qualche circostanza si opponesse al cateterismo, bisognerebbe nel far l'estrazione del corpo estraneo allontanarlo quanto più è possibile dalla vescica, a fine di non offendere la parete retto-vescicale, e di non creare una comunicazione fra il retto e la vescica.

Nel maggior numero dei casi, i corpi estranei introdotti con forza nel retto per la via dell' ano, vi hanno risvegliati dei dolori, e sono stati inutili i più violenti sforzi per espellerli. Una ostinata costipazione è stata ordinariamente la conseguenza della loro presenza nel retto. In alcuni casi la membrana di questo intestino è stata irritata ed infiammata dal contatto del corpo estraneo, le di cui punte l' hanno talvolta anche strappata, o pure si è internata negl' incavi della superficie dello stesso corpo estraneo, e si è anche invaginata nella cavità di quelli, che erano vuoti.

Le tanagliette che si usano nell'operazione della pietra, sono state ordinariamente sufficienti per afferrare ed estrarre il corpo estraneo; ed in quei casi, nei quali è stato necessario di metterlo in pezzi, si è dovuto introdurre nel retto due tanagliette insieme per inviluppare intieramente il corpo estraneo, onde impedire che le sue scheggie non ferissero l'intestino nel momento, che era ridotto in pezzi. Allorchè se ne fa l' estrazione, è cosa ben fatta di portare un dito nel retto per proteggere la membrana di questo intestino. Dopo che il corpo estraneo è stato estratto, è sovente inutile di ricorrere al salasso ed alle iniezioni ammollienti, a fine di moderare i sintomi infiammatori. In alcuni dei casi, ne'quali il retto era invaginato nelle cavità del corpo estraneo, è stato indispensabile di mantenerlo ridotto per alcuni giorni, introducendovi delle fila.

Tali sono le regole generali, colle quali deve farsi l' estrazione dei corpi estranei introdotti nel retto; ma vi sono delle circostanze particolari, in cui i mezzi, dei quali abbiamo parlato, devono essere modificati; e ve ne sono ancora di quelle, in cui sono insufficienti. Spetta al chirurgo, per ottenere il suo intento, di scegliere quelli, che egli crederà i più sicuri e pronti, che gli saranno suggeriti dal suo genio.

— Un religioso volendo guarirsi d'una colica, da cui era violentemente tormentato, s' introdusse nell' ano una bottiglia d'acqua della regina d'Ungheria, nel turacciolo della quale vi era un piccolo foro, per cui doveva uscire l'acqua lentamente: questa bottiglia penetrò tutta intiera nel retto, ed i tentativi che furono fatti per estrarla, riuscirono inutili; le pinzette, i becchi di corvo, tutti gli *speculum ani* furono invano messi in opra: finalmente fu immaginato di fare introdurre nel retto una mano di un bambino di otto o nove anni, il quale fu abbastanza destro per estrar la bottiglia (1).

Un'uomo dell'età di quarantasette anni andò all' Hotel-Dieu il diciassette aprile mille settecento novantadue per farsi estrarre dall' intestino retto un vaso di maiolica, che ci si era introdotto otto giorni innanzi, a fine, diceva egli, di vincere un' ostinata costipazione. Questi

(1) *Osserv. curios. su dei fenomeni straord. relativi alla Medicina e alla Chirurgia, del Chirurgo Gius. Nolet. Oss.* 33 *p.* 103.

era un piccolo vaso di forma conica, lungo tre pollici, che aveva rotto il manico, e staccato il fondo, e che serviva per riporvi delle conserve di frutti. Era stato introdotto nel retto per la sua estremità più stretta, la quale presentava due pollici di diametro. Allorchè il malato si presentò allo spedale, aveva già egli stesso fatto dei tentativi per estrarre questo corpo estraneo, ma il sangue che versava e i dolori eccessivi, che soffriva l'obbligarono a sospenderli. La parte superiore del retto rovesciata e invaginata nel vaso formava un tumore durissimo, che lo riempiva completamente. Le parti adiacenti erano infiammate, e questa circostanza ne rendeva più difficile l'estrazione. Desault fece distendere il malato sopra un lato, poscia scostando l'intestino dalle pareti del vaso, giunse ad afferrarlo con una solida tanaglietta, che spinse più alto che fu possibile, e la fece tenere ferma a un'assistente. Per mezzo di questo punto di appoggio e con un' altra tanaglietta introdotta nello stesso modo, gli riuscì di rompere il vaso, e lo estrasse a pezzi senza ferire l' intestino retto. Questa operazione non fu lunga nè dolorosa, quantunque l'operatore fosse stato obbligato ad introdurre le tanagliette più e più volte. Allorchè tutti i frammenti del vaso furono estratti, Desault respinse la porzione rovesciata del retto per mezzo di uno stuello di fila lungo sei pollici, e di un diametro di due pollici e mezzo, che introdusse tutto nell'intestino, dopo averlo spalmato di cerotto. Furono poi applicati esternamente dei piumaccioli di fila, parecchie compresse, e una fasciatura triangolare, che sosteneva tutto questo apparecchio. La medicatura fu rinnovata due volte il giorno a causa della diarrea, la quale non cessò che nel sesto giorno. A quest'epoca l'intestino non si rovesciava più quando il malato andava di corpo, e non ci fu più bisogno di mantenerlo in sito con dei sì grossi stuelli: anzi ne fu cessato l' uso dopo il decimo giorno, allorchè gli strappi furono cicatrizzati, e questo uomo uscì perfettamente guarito dallo spedale quindici giorni dopo l'operazione (1).

Un uomo s' introdusse profondamente nel retto una caviglia di legno della lunghezza di tre pollici, e di due di diametro. Sopraggiunsero la colica, la tensione del ventre, la febbre, la costipazione e la difficoltà di orinare, che durarono sei giorni. L' impossibilità di estrarre questo pezzo di legno colle pinzette o colle tanagliette, suggerì l' idea di servirsi di un succhiello, che introdotto colla guida di un dito nel retto, fu impiantato nella caviglia assai profondamente perchè non lasciasse presa, e fu estratta, sebbene per altro con acerbi dolori (2).

Marchetti (3) racconta un fatto, in cui non si sarebbe potuto impiegare alcuno dei mezzi esposti di sopra. Alcuni studenti, che avevano progettato di fare una brutta burla ad una donna di male affare, risolsero d'introdurle nell'ano una coda di maiale, che era stata nel ghiaccio: essi ne avevano innanzi tagliato il pelo un poco corto, affinchè fosse più duro e pungente. L' introdussero per la grossa estremità nell'ano, dopo averla spalmata coll'olio, e ne rimase fuori una porzione di circa tre pollici. I primi tentativi, che furono fatti per estrarla riuscirono molto dolorosi, e siccome non poteva essere tirata fuori che a contro pelo, le setole penetravano nelle membrane del retto, e cagionavano alla paziente dei patimenti inesprimibili. Fu tentato di dilatare il retto con uno speculo, ma questo mezzo non riuscì meglio degli altri. Sopraggiunsero dei gravi accidenti, una costipazione ostinata, i vomiti, dei vivi dolori nello addome, e una febbre ardente. Marchetti chiamato nel sesto giorno, immaginò un mezzo molto ingegnoso; egli prese un tubo di canna ben liscia in una delle sue estremità, e attaccò un grosso filo incerato alla porzione della coda ch'era pendente fuori dell' ano, e lo fece passare dentro la canna; quindi introdusse con una mano questa specie di cannula nel retto, nel tempo che coll'altra mano teneva il filo che aveva attaccato alla coda. In tal modo essendogli riuscito di rinchiuder la coda nella canna, ne fece allora l' estrazione senza difficoltà, e ne vennero dietro moltissime materie fecali. Delle iniezioni

(1) *Gior. di Chirur. T.* 3 *p.* 177.
(2) *Miscell di Chirurg. di Saucerotte p.* 448.
(3) *Osser. medic. Chir. p.* 126.

di latte, fatte nel retto per due o tre giorni fecero cessare tutti gli accidenti. I corpi stranieri introdotti con violenza nel retto, possono produrre dei gravissimi accidenti, quantunque non ci soggiornino. Le raccolte di osservazioni contengono molti fatti relativi a degl'individui, che sono stati accidentalmente impalati da dei corpi appuntati, o senza punta come da una forca, da una stecca da biliardo, i quali sono penetrati nel retto per la via dell' ano alla profondità di sette o otto pollici. Gli accidenti prodotti dall'introduzione di questi corpi stranieri sono stati lo strappo del retto, l'emorragia, vivissimi dolori nel ventre, la tumefazione e la tensione di questa cavità, ed in alcuni casi una febbre violenta, una difficoltà di respiro, il delirio, il raffreddamento dell'estremità, un bruciore nei visceri del basso ventre ec. I rimedi antiflogistici convengono in tali circostanze sotto tutte le forme, e devono essere impiegati con energia, sebbene non sempre riescono efficaci. Il Vol. III del Giornale di Chirurgia di Desault ne contiene due esempi: in uno il malato perì e nell'altro guarì.

In alcuni di coloro, che hanno sofferto questo accidente, è rimasto nelle parti strappate qualche porzione del corpo vulnerante, come una scheggia di legno. Camper ha narrato nei Premi dell'Accademia di Chirurgia (1), un fatto di questo genere, che offre una rimarcabile particolarità. « Un marinaro, racconta egli, « cadde dall'alto di un' antenna sopra « delle schegge di legno, alcuni frammenti « delle quali gli penetrarono fino alla « vescica per la via dell' ano, e ne ri- « sultò una fistola orinaria per il retto. « Consultato alla fine di un'anno, sentì « le scheggie di legno, ma resistevano « all'estrazione. La siringa introdotta nella « vescica mi fece sospettare, che l'estre- « mità di queste schegge fossero incro- « state di materia calcolosa. Incisi il « tragitto fistoloso, e con questo mezzo « tirai fuori due pietre ovali che si erano « formate nell'estremità di due schegge, « e il malato guarì in pochissimo tempo, « senza che la callosità vi opponesse al- « cun' ostacolo. »

In alcuni casi delle mignatte introdotte nell'ano, hanno dato luogo a degli accidenti, che hanno resa necessaria la loro pronta estrazione. Gli effetti prodotti dalle mignatte nel retto sono il dolore, e talvolta il tenesmo ed in qualche caso anche l'emorragia. Questo accidente succede ordinariamente quando si applicano le mignatte al margine dell'ano, alcuna delle quali penetra nel retto. Zacuto Lusitano chiamato in uno di questi casi, ordinò di iniettare nel retto del sugo di cipolla, e questo rimedio fece venire fuori la mignatta mezza morta. È stato proposto per l'istesso oggetto lo sterco di bove, il castoro, e la decozione di tabacco, ma l'acqua salata è preferibile.

Dei corpi formatisi nello stesso tubo intestinale, possono pure arrestarsi nel retto e dar luogo a degli accidenti più o meno gravi. Questi corpi estranei consistono raramente in calcoli biliari, ma quasi sempre sono delle concrezioni formate dalle materie fecali indurite, a cui viene dato il nome di *pietre stercorali*, a cagione della loro durezza. Queste concrezioni si formano particolarmente nelle cellule dei grossi intestini, nel cieco, nelle appendici intestinali, nell' ernie antiche, o in una ansa d' intestino, che è stata ridotta dopo esser rimasta per lungo tempo fuori del ventre, e che offre poca resistenza alle cause, che tendono a dilatarla. S'incontrano ancora talvolta al di sopra di un ristringimento dell'intestino, e ci sono principalmente esposte le persone sedentarie, le gente di gabinetto, quelli che usano di alimenti riscaldanti, o di sostanze farinacee, e coloro, che abusano dell'oppio. Il volume di queste concrezioni è talvolta considerabile; ne sono state vedute di due o tre pollici di diametro; la loro forma è rotonda o ellittica, sovente schiacciata, almeno da un lato. Il loro colore è cinereo, grigio, o scuro, e non giallo o verde come le concrezioni biliarie, hanno per lo più una superficie liscia, e il loro peso è proporzionato al loro volume. Nei primi giorni dopo la loro espulsione hanno un' odore fetidissimo, che si dissipa poco a poco, ed è rimpiazzato da un'odore di sapone riscaldato. Parimente esistono molte concrezioni di questa specie nello stesso individuo. Alcune di esse hanno dei noccioli per punto centrale.

(1) *Tom. XII. pag.* 165.

I sintomi prodotti da queste concrezioni variano secondo il loro volume, e la loro sede. Noi ci dobbiamo occupare solamente di quelle, che sono prevenute nel retto. Prima di arrivare in questo intestino hanno sovente cagionato delle coliche, delle nausee, e rese più rare l'evacuazioni alvine; talvolta è successo ancora che si è potuto distinguere il tumore che esse formano, a traverso le pareti del basso ventre, prima che siano scese nel retto, che è stato creduto uno scirro della milza o di altri visceri. In alcuni casi le coliche prodotte dalla presenza delle pietre stercorali sono state così violente, da ridurre i malati a rotolarsi per terra. Prevenute poi nel retto esse danno luogo a dei sintomi particolari: il malato sente un'incomodo peso in questo intestino, e gli pare di averci un tappo, per espellere il quale fa dei frequenti e lunghi sforzi. L'escrezione delle materie fecali è difficile, e accompagnata talvolta da sudori freddi, ed anche da dei movimenti convulsivi. In qualche caso l'escrezione delle feccie non ha luogo che ogni due o tre settimane, e talvolta anche una volta il mese solamente. Finalmente può rimanere affatto impedito il passaggio delle materie fecali, e non aver più luogo niuna escrezione alvina, se non che per la bocca, essendo esposto il malato al vomito di tutte le materie contenute nello stomaco e negli intestini. Nel maggior numero dei casi l'intromissione dei liquidi nel retto, incontra gli stessi ostacoli della detecazione, essendo difficile là, dove l'escrezione dalle materie alvine è laboriosa, e impossibile quando questa evacuazione è completamente soppressa. Le costipazione, che è ordinariamente congiunta all'affezione, di cui si tratta, può essere egualmente una delle cause, che producono la formazione dei calcoli stercorali, e uno degli effetti della loro presenza. Un'altra particolarità, che ha presentato talvolta l'escrezione delle feccie, e che si è effettuata involontariamente in una determinata attitudine. Alcuni malati esercitando una forte pressione sull'ano, credono osservare che il senso di peso, da cui sono incomodati, diviene meno penoso. La tumefazione dei tumori emorroidali, la ritenzione di orina, prodotta dalla pressione esercitata dal calcolo sul collo della vescica, sono pure dei fenomeni stati più volte osservati. La distensione dei tumori emorroidali è una circostanza che ha sovente condotto il medico in errore sull'affezione primitiva, avendo egli attribuito tutti gli accidenti sofferti dal malato alla tumefazione delle emorroidi, mentre ella stessa non era che un sintomo della presenza di una concrezione stercorale nel retto. In ogni caso il segno più certo dell'esistenza di queste concrezioni, si acquista introducendo un dito nell'intestino, che talvolta bisogna spingerlo molto in alto per arrivare a sentirle, potendo essere queste concrezioni alla distanza di qualche pollice dall'ano. Si riconoscono poi alla loro resistenza, e durezza, che rassomiglia quella di un calcolo.

I sintomi generali prodotti da queste concrezioni variano secondo che esse rendono più difficili, o impediscono del tutto l'evacuazioni alvine. Nel primo caso l'affezione può durare per degli anni senza portar molti sconcerti nelle funzioni, sebbene talvolta il malato dimagra e perde le sue forze. Quando poi la perclusione dell' intestino è completa, si vedono sopraggiungere, ma più lentamente, i sintomi che caratterizzano l'incarceramento di un'ernia, cioè, le nausee, i vomiti, la progressiva tumefazione del ventre, dei dolori ognor più forti, e i sintomi dell'infiammazione del peritoneo. Tutti questi sintomi, sia qualunque il grado di forza, cui sono giunti, si dissipano prontamente allorchè la concrezione viene espulsa, purchè non siasi già manifestata una vera infiammazione nel peritoneo, o negl'intestini.

Il diagnostico di queste concrezioni è talvolta oscurissimo, e l'insieme di tutte le circostanze commemorative non basta sempre per stabilire un giudizio. Non è che all' epoca, in cui il dito esploratore può arrivare a sentire il corpo estraneo, che ogni dubbio cessa sulla causa degli accidenti.

L' espulsione di questi calcoli stercorali può essere provocata dai lassativi, dai clisteri oleosi, dagli emetici, o anche può succedere spontaneamente dietro ripetuti sforzi più o meno dolorosi. Se questi mezzi sono insufficienti, bisogna procedere all' estrazione del corpo estraneo. A tal' uopo, si fa situare il malato sul letto boccone, colle gambe stese; s'intro-

duce nel retto il dito indice e il medio, dopo averli immersi nell' olio o nel bianco di uovo, e piegandoli a uncino sulla concrezione stercorale si cerca di portarla fuori. Se con questo mezzo non si ottiene l' intento, uno si serve delle tanagliette simili a quelle, di cui si fa uso nell' operazione della pietra, portandole nel retto, ed estraendo il corpo estraneo dopo averlo con esse afferrato. Se l' estrazione del medesimo offrisse ancora delle difficoltà, bisognerebbe dilatare l' ano collo specillo, o inciderlo in più sensi insieme col suo sfintere, ma prima di ricorrere a questa operazione, converrebbe procurare di spezzare la pietra, e quasi sempre vi si può riuscire, perchè queste concrezioni sono ordinariamente friabili.

È sovente accaduto che dopo l' estrazione di qualche frammento o di un'intiero calcolo, sono venute fuori subitaneamente e impetuosamente molte materie fecali, e il chirurgo n' è rimasto inondato. Per garantirsi da questo spiacevole accidente, è stato consigliato di coprire le natiche con una adattata pezza, dopo di avere introdotto le tanagliette o le dita nell' ano.

Dopo estratto il corpo estraneo, bisogna pensare a calmare i sintomi, ai quali hanno dato luogo la sua presenza ed i mezzi impiegati per portarlo fuori. Le iniezioni di latte, i liquidi mucillaginosi e anodini, l' uso di una supposta di burro di caccao, le bevande rinfrescanti e talvolta anche il salasso, sono stati utili per combattere il dolore e l' infiammazione del retto.

Oltre le pietre stercorali, di cui abbiamo parlato, e che prendono la loro origine nel cieco o nelle cellule del colon e vi soggiornano più o meno lungamente prima di scendere nel retto, si può formare in quest' ultimo intestino una raccolta di materie fecali, che nello stanziarvi s' induriscono ed acquistano sovente una tenacità, che può paragonarsi a quella dell' argilla. Questa raccolta di feccie è molto più frequente della formazione delle pietre stercorali, di cui non abbiamo che un piccol numero di esempi. Si forma specialmente nelle donne avanzate in età, e particolarmente in quelle che restano molto a letto sia per abitudine, o per malattia. Questa raccolta può divenire così grande da formare una palla, la quale rende estremamente difficile l' escrezione delle altre materie, che di mano in mano si formano. Il ventre si tende, il malato ha dei frequenti stimoli di andar di corpo, ma non vi può sodisfare che imperfettamente; soffre nel ventre un senso di peso che giornalmente si aumenta; l'uscita dell' orina è lenta e penosa, e talvolta gli sforzi che il malato è obbligato a fare, rendono la respirazione meno libera, e cagionano dei dolori di capo, con rossore al viso, agli occhi, e gonfiamento alle vene del collo. Questi sintomi, i quali sono, come si vede, gli stessi di quelli, che dipendono dalla presenza di una pietra stercorale nel retto, bastano per far sospettare una raccolta di materie fecali in questo intestino, ma non ce ne danno la certezza, la quale non si acquista che per mezzo dell' esplorazione; il dito indice spalmato prima con un corpo grasso o immerso in un bianco d' uovo, e quindi introdotto nel retto, vi sente una specie di palla più o meno mobile e nella quale può anche penetrare. Egli è ben facile di sbarazzare il malato da questa raccolta fecciosa. A tal fine si situa sulla sponda del letto nella positura di un uomo, che sta per ricevere un clistere; uno si mette a sedere presso di lui in una comoda attitudine, e all' altezza dell' ano, e fatta alzare da un' assistente la natica, che si trova superiore, s' insinua l' indice della mano sinistra nel retto, avendolo prima unto, e colla mano destra s' insinua in questo intestino una specie di cucchiaio col manico lungo, con cui si divide la materia, e si tira fuori poco alla volta. Si può anche estrarre colle sole dita, ed a tal' uopo s' introducono l' indice e il medio, l' uno dopo l' altro, nell' ano; si spinge l' indice più in alto che si può sulla fecciosa palla, e si procura di dividerla in più parti, che si estraggono poscia separatamente colle due dita insieme piegate a uncino. Allorchè non resta altro nel retto che dei piccoli frammenti, se ne lascia l' espulsione alla natura, aiutandola col dare al malato un clistere composto di tre parti di decozione di semi di lino e una parte di olio.

Finalmente, nelle persone, le quali hanno sofferto degli accidenti per la presenza di una pietra stercorale, o per una raccolta di materie fecali nel retto, non

si deve trascurare l' uso dei mezzi propri a prevenire una nuova formazione. Perciò si raccomanderà loro di tenere il ventre libero mediante un conveniente regime, e coll' uso dei clisteri e dei lassativi, dell' olio di palma-cristi, dell' acqua di sedlitz, ec. Vi sono peraltro delle donne di avanzata età, nelle quali nonostante l' uso di questi rimedi, si raccolgono di tempo in tempo nel retto delle materie, che si è obbligati di estrarre con i mezzi, che abbiamo accennati.

ARTICOLO III.

Delle emorroidi.

Per *emorroidi* s' intende non solo un flusso di sangue fornito dai vasi, che si distribuiscono all' intestino retto, ma ancora uno o più piccoli tumoretti sanguigni situati sul contorno dell' ano, o nell' interno dell' intestino, e il cui sviluppo precede o accompagna lo scolo del sangue. Il flusso emorroidale e i tumori emorroidali esistono sovente insieme; ma non è raro di osservare il solo scolo sanguigno, ed è poi comunissimo di vedere i tumori emorroidali senza flusso di sangue. Queste due specie d' affezioni emorroidali, identiche sotto molti rapporti, differiscono poi fra loro per un gran numero di circostanze essenziali. Ed ecco perchè bisogna esaminarle separatamente, dopo avere esposto le cause comuni, che le producono, ed i fenomeni che precedono o annunziano la loro invasione.

L' emorroidi sono più frequenti nelle città, che nelle campagne, nei climi settentrionali, che in quelli più vicini all' equatore. Esse sono talvolta l'effetto di una predisposizione ereditaria, ed in tali casi compariscono più presto. In generale sogliono manifestarsi dall' età della pubertà fino all' incipiente vecchiezza; ma peraltro niuna età n' è esente; poichè vi sono dei bambini, che sono stati attaccati dall' emorroidi nei primi mesi, o nei primi anni della loro vita, come pure si sono manifestate per la prima volta nell' età decrepita. A parità di circostanze, l' emorroidi sono più comuni negli uomini, che nelle donne. In queste ultime si manifestano quasi sempre in conseguenza di cause locali, o all' epoca della cessazione delle purghe; ed anche quando le donne ne sono attaccate, le ricomparse di quest' affezione non sono così frequenti e regolare in esse, come negli uomini, ed il flusso sanguigno è meno abbondante che in questi ultimi. Nissun temperamento, nissuna costituzione va esente dall' emorroidi; ma i temperamenti sanguigno e bilioso, e la costituzione pletorica ci sono più esposti. In generale quegl' individui, che sono stati soggetti all' emorragie nasali, o da altre parti, sono principalmente esposti all' emorroidi, specialmente se da una vita attiva passino repentinamente a una vita sedentaria.

La costipazione abituale e gli sforzi prolungati per espellere le materie fecali indurite, o per cacciar fuori l' orina ritenuta per una causa qualunque e specialmente per il ristringimento dell' uretra: la presenza di corpi estranei nel retto, delle supposte, dei vermi; l' uso frequente dei clisteri caldi, la ripetuta esposizione a delle fumigazioni emollienti, l' abitudine di sedere sopra cuscini di piuma, l' abuso dei purganti drastici e particolarmente dell' aloe, gli alimenti riscaldanti, molto conditi con aromi, i liquori alcoolici, il caffè, la compressione del ventre; certe malattie degli organi vicini, come della prostata, della vescica, dell' utero; la soppressione di una evacuazione sanguigna abituale, l' omissione di un salasso, quando se n' è contratto l' abitudine; la guarigione di un' ulcera antica, o di un cauterio aperto da parecchi anni: tali sono le principali cause dell'affezioni emorroidali. Talvolta lo scolo di sangue dal retto è la crise di una malattia, ed altre volte non n' è che un sintoma.

L' emorroidi sopraggiungono molto sovente come un' affezione locale, e senza essere state annunziate da alcun disordine nelle altre parti del corpo; ma ordinariamente la loro apparizione è preceduta da dei dolori lombari e dorsali, da tensione nelle diverse regioni del ventre, da gravezza e dolore di testa, da vertigini, tristezza, costipazione, flatuosità, da intorpidimento delle membra inferiori, da leggiere orripilazioni, e talvolta anche da una febbre più o meno leggiera. Quando la malattia si manifesta così, è comunemente accompagnata da un senso di pienezza, di calore, di prudore e di dolore internamente e nel contorno del-

l'ano; e in alcuni casi è preceduta da uno scolo di materia sierosa dal retto; talvolta questo scolo sieroso, che è accompagnato da gonfiezza, sembra tener lungo del flusso sanguigno, e dissipa i sintomi generali, dei quali abbiamo parlato; ed è per questo che è stato dato il nome di *emorroidi bianche* a questo scolo.

Durante il corso dei sintomi generali, che annunziano la tendenza all' emorragia, si manifesta nel margine dell' ano, o internamente nel retto uno o più tumoretti rotondi, lisci, renitenti, di color rosso violetto, e più o meno dolenti ed infiammati. Alla loro comparsa succede sovente uno scolo di sangue rosso e vermiglio. Questo flusso sanguigno, che produce qualche sollievo, ha luogo nel tempo che il malato va di corpo, o dopo l' uscita degli escrementi, oppure è continuo, ed allora è anche più abbondante. Questo scolo suol durare solamente qualche giorno, ma talvolta si è osservato continuarsi per un tempo assai lungo, come diremo in seguito. I tumori emorroidali non divengono però sempre la sede di uno scolo sanguigno; poichè accade sovente che questi tumoretti s'ingrossano, divengono lividi, dolenti, e si infiammano senza che vi sia effusione di sangue. L' emorroidi in questo caso si chiamano *cieche*, o non fluenti.

L' emorroidi siano fluenti, o cieche, dopo essere rimaste per qualche tempo gonfie, renitenti e dolenti, cessano poco a poco di cagionare del dolore, diminuiscono di volume, appassiscono, e la pelle, che le ricopre diviene flaccida e rugosa; e talvolta spariscono anche intieramente quando sono recenti; ma il più di sovente rimane una specie di piccolo nocciolo, che si tumefà ogni volta che si fa sentire lo sforzo emorroidale, e che il malato soffre un nuovo attacco di questa affezione.

Non vi è forse altra malattia più soggetta dell' emorroidi a dei ritorni periodici; ma gli attacchi di questa affezione sono il più di sovente irregolari e separati da ineguali spazi di tempo. In quanto al resto, esse non offrono nel maggior numero di casi quasi alcuna rassomiglianza fra loro nell' intensità e durata dei sintomi. Per altro questa regola non è senza eccezione, poichè gli autori citano molti esempi di emorroidi che ricomparivano regolarmente ogni mese, ogni anno, o in ogni stagione, ed offrivano una successione di fenomeni presso a poco eguali.

Allorchè la prima apparizione e i ritorni periodici dell' emorroidi hanno luogo spontaneamente, senza causa manifesta e che sono precedute dai sintomi generali, i quali diminuiscono a misura che l' emorroidi si sviluppano, si considera allora questa malattia come dipendente dallo stato generale dell' economia animale e dalla costituzione, e per tal ragione si chiamano allora emorroidi *costituzionali*. Quando poi l' emorroidi si manifestano la prima volta, e ritornano in seguito in conseguenza di alcune cause esterne si riguardano come un male puramente locale, e si chiamano *accidentali*. Ma bisogna considerare che allorquando l' emorroidi si sono riprodotte accidentalmente un certo numero di volte, contraggono sovente uno stretto vincolo colla costituzione, e divengono una abitudine, a cui l' economia non potrebbe sottrarsi senza pericolo.

I tumori emorroidali hanno la loro sede nella circonferenza dell' ano, o nell' interno dell' intestino retto verso la sua porzione inferiore. Da ciò ne nasce la distinzione di questi tumori in esterni, e interni. Stalh e la maggior parte di coloro che hanno seguito questa divisione, deducono la differenza di questi tumori dalla supposizione che gl' interni ricevano il sangue dalla vena porta, e gli esterni dalle vene ipogastriche; ma le numerose anastomisi di questi vasi non permettono di adottare questa ipotesi.

I tumori emorroidali esterni sono ordinariamente separati e prominenti sul margine dell' ano; qualche volta per altro questo margine è tutto gonfio a guisa di un' anello, che imita in qualche modo colla sua forma il prolasso dell'ano. Il numero, il volume, la forma e il colore di questi tumori offrono delle differenze, che è necessario di avvertire. Nel primo attacco emorroidale non avvi ordinariamente che un tumoretto o due; ma nelle susseguenti ricomparse, si riproducono, o si gonfiano non solo questi tumori, ma se ne formano anche dei nuovi: talvolta si moltiplicano a segno che essi formano intorno l' ano un cer-

chio ineguale più, o meno grosso. Il più di sovente questi tumoretti sono rotondi e più larghi nella base, che nella loro sommità; talvolta sono bislunghi, o ovoidali, oppure assai lunghi, vacillanti e pendenti, essendo attaccati all' ano con un sottil peduncolo. Ordinariamente la loro superficie è liscia, lucida, tesa, e di un colore rosso, pendente al turchino, o violacea, e questo colore dipende dal sangue, di cui sono pieni; ma talvolta sono biancastri, flaccidi, vizi, rugosi, e non sembrano altro che un prolungamento membranoso. Questi tumori dal lato dell' ano sono ricoperti dalla membrana interna del retto, che si continua colla pelle, che gl' involge esternamente.

I tumori emorroidali interni, che sono più rari degl' esterni, sono piuttosto in principio un gonfiamento e leggiero ingrossamento della membrana mucosa del retto, che dei tubercoli rotondi, e circoscritti. Questa membrana si prolassa più o meno in quasi tutti gli uomini nell' andar di corpo, secondo che la durezza delle materie fecali provoca degli sforzi e una pressione più o meno forte sull' ano; sovente lo sfintere si contrae prima che la membrana mucosa dell' intestino già cacciata fuori, abbia avuto luogo di rientrare; e questa contrazione impedendo alla membrana di tornare al suo posto, e opponendovi un' ostacolo alla circolazione del sangue, l' obbliga a gonfiarsi considerabilmente, ed a formare un' orlo rilevato intorno l' ano. Frattanto lo sfintere si rilascia alquanto subito dopo la sua forte contrazione, e allora la porzione della membrana mucosa rimasta fuori, rientra ordinariamente nell' intestino; ma la contrazione dello sfintere soventemente ripetuta, aumenta sempre più il volume o la pienezza del tumore formato fuori dell' ano dalla porzione della membrana prolassata, per cui viene poscia a risituarsi sempre più lentamente e con maggior difficoltà, e da ciò ne nasce principalmente il malessere di cui si lagnano coloro, che soffrono di emorroidi interne. Il margine interno di questo tumore è necessariamente diviso da due specie di fenditure, per cui egli prende l' aspetto sovente di tanti tumoretti separati; non è neppur raro di osservare alcune porzioni di questo tumore più dell' altre gonfie, e più eminenti, d' onde si formano quei tumoretti chiamati particolarmente emorroidi interne. Fino che questi tumori sono piccoli, escono fuori costantemente allorchè il malato va di corpo, e rientrano poscia con molta facilità, cessati che sono gli sforzi necessari per espellere le feccie; ma quando hanno acquistato un volume considerabile, non escono più nell' andar di corpo, a meno che gli sforzi per espellere le materie fecali indurite e voluminose non siano stati grandissimi. In questo caso è molto difficile che rientrino, e talvolta anche impossibile, e il malato è esposto a degli accidenti, di cui parleremo in breve.

La natura dei tumori emorroidali non è ancora perfettamente ben conosciuta. Quasi tutti i medici tanto antichi che moderni, hanno creduto che siano formate dalla dilatazione varicosa delle vene dell'ano e dell'estremità inferiore del retto, e questa idea ha servito di base a tutto ciò, che è stato detto sull'etiologia dell'emorroidi. Ledran (1) avendo avanzato che l'emorroidi sono *dell'escrescenze fungose*, che s'inalzano intorno il margine dell'ano o nell'interno del retto nella sua porzione inferiore, è stato creduto che egli avesse su questo particolare dell'idee più esatte di quelli, che l'avevano preceduto; ma leggendo attentamente ciò, che dice intorno la formazione dell'emorroidi e la maniera di agire delle cause che le producono, si conosce chiaramente che egli pensa come gli altri, poi che riguarda questi tumoretti come varici. Cullen è a mio parere, il primo che siasi allontanato dall'opinione generale relativamente alla natura dell'emorroidi. Ecco com'egli si esprime su questo soggetto: Si sono sovente considerati i tumori emorroidali come altrettante varici o dilatazioni delle vene; egli è vero che in alcuni casi l'apertura dei cadaveri ha mostrato queste dilatazioni varicose, ma ciò nonostante non sempre si osservano; ed io presumo che questo caso non sia ordinario, ma che i tumori in questione siano formati da uno stravaso di sangue nel tessuto cellulare dell'intestino presso la sua estremità. Questi tumoretti, spe-

(1) *Tratt. delle operaz. chirur. pag.* 228.

cialmente quando sono recenti, contengono frequentemente un sangue fluido, ma quando sussistono da lungo tempo la loro sostanza è ordinariamente più consistente (1). — L' opinione di Cullen è stata adottata da Recamier, Chaussier ed altri, e questa stessa opinione è stata poi confermata dall'osservazioni di anatomia patologica, istituite in questi ultimi tempi. Il diligente esame, e la scrupolosa dissezione dei tumori emorroidali, hanno dimostrato che il più di sovente sono formati da un tessuto spungioso, celluloso ripieno di sangue, e analogo a quello, che contorna l'orifizio della vagina nella donna. Ond' è che non si possono confondere colle varici, le quali hanno una organizzazione affatto differente, offrendo una cavità che si continua con quella delle vene, inviluppata da due tuniche, l'una delle quali appartiene all'intestino e l'altra alla membrana delle vene. Si aggiunga a questo che la maniera, con cui si sviluppano i tumori emorroidali, è intieramente differente da quella, con cui si formano le varici. Allorchè l'emorroidi sono abituali e antiche, offrono talvolta una tessitura, una organizzazione differente da quella, di cui abbiamo parlato. Esaminando qualcuno di questi antichi tumoretti è stato osservato, che il sangue invece di essere infiltrato in un tessuto spongioso, è rinchiuso in una specie di cisti sottile e membranosa, formata senza dubbio dalla condensazione delle lamine del tessuto cellulare, che si trova fra la membrana muccosa del retto, e la tunica muscolare. Il più di sovente la cavità di questa cisti è liscia, ma talvolta pare disseminata di villosità; altre volte e cellulosa, spongiosa, e formata da una specie di parenchima o tessuto molle e fungoso. È probabile che il sangue, che riempie questa cisti esali dagli orifizi alquanto dilatati dei vasi, che si distribuiscono alle sue pareti. Ecco ciò, che si è investigato intorno la natura dei tumori emorroidali per mezzo delle ricerche anatomiche, fatte di recente. Risulta dunque da tali osservazioni che questi tumoretti non sono, come è stato creduto, delle varici o dilatazioni delle vene dell'ano, o dell'estremità inferiore del retto; ma non si può però concludere che ci abbiano fatto perfettamente conoscere l'intima natura dell'emorroidi. Non si è esaminato un numero sufficiente di questi tumori nelle diverse epoche della malattia, onde rimanga dissipato ogni dubbio su questo soggetto. Quindi è che noi siamo di parere che prima di pronunziare un giudizio sulla natura e l'etiologia dei tumori emorroidali, bisogna aspettare che siano fatte delle nuove ricerche di anatomia patologica, e non si potrebbero mai invitare con bastante premura i medici, cui stanno a cuore progressi dell'arte, a cogliere tutte le occasioni che loro si presentano per istituire queste indagini.

L'emorroidi antiche, abituali, sovente fluenti, son frequentemente accompagnate dalla dilatazione delle vene del retto; ma questa dilatazione varicosa, che è talvolta molto estesa, e rende le vene nodose, non costituisce dei tumori emorroidali, e deve essere considerata come l' effetto, e non come la causa di questi tumori.

La diagnosi dei tumori emorroidali esterni è generalmente facile. I fenomeni che precedono la loro apparizione, la loro forma rotonda, il loro colore pendente al turchino, o nerastro, la loro superficie liscia e ricoperta di una sottil membrana dal lato dell' ano, e dalla pelle dalla parte opposta, bastano sempre per farli distinguere da' certe escrescenze, che si sviluppano nei contorni dell'ano, e che sono quasi sempre di natura venerea. La formazione di queste escrescenze è generalmente preceduta da degli accidenti venerei primitivi, e sovente accompagnata da altri sintomi della lue. D' altronde, queste escrescenze veneree, delle quali è variabilissima la forma, hanno una superficie granulosa, disseminata di asprezze, e di rugosità, da cui geme una materia liquida e fetida. Questa disposizione della superficie dell' escrescenze veneree, serve a farle distinguere dai tumori emorroidali appassiti, i quali sono coperti da una pelle flaccida e rugosa, che diviene lucida, allorchè si distende colle dita.

La diagnosi dei tumori emorroidali interni non è sempre facile. Allorchè questi tumori sono ancora piccoli, non recano alcuno incomodo, e il malato può portarli per lungo tempo senza accorgerse-

(1) *Elem. di Medic. prat. Trad. Tard. di Bosquillon. T. 2 p. 102.*

ne. Ma quando nell'ingrossare cominciano a impedire il passaggio degli escrementi, la più leggera flogosi vi cagiona del calore e un dolore poco vivo, ma assai molesto per la sua continuità, allorchè gli escrementi che soggiornano nell'intestino comprimono l'emorroidi. Questo calore e questo dolore possono far sospettare l'esistenza dei tumori emorroidali interni, ma siccome si osservano anche in altre malattie del retto, non possono servir di base a un giudizio certo. Non vi è che l'esplorazione dell'intestino col dito, che possa farci conoscere il vero carattere della malattia. Pronunziando il giudizio prima di questa esplorazione, ci esporremmo a commettere degli sbagli. Quante volte infatti non è egli accaduto che si sono medicate delle persone, che si credevano soffrire di emorroidi interne, e che erano realmente attaccate da un cancro, o da tutt'altra malattia organica del retto?

Allorchè i tumori emorroidali interni hanno acquistato un volume considerabile, riempiono talvolta talmente il retto, che gli escrementi, se sono un poco duri, passano con molta difficoltà. In tali casi questi stessi escrementi, negli sforzi che fa il malato per renderli, spingono in basso il gruppo dell'emorroidi, il quale in fine esce fuori, e lascia loro libero il passaggio. Ma si comprende che ciò non può accadere senza che non ceda, si allunghi e si rovesci più o meno la tunica interna dell'intestino, cui è attaccato il detto gruppo; e questo è ciò, che si osserva, quando si esaminano le cose immediatamente dopo che il malato è andato di corpo: si vede allora una porzione della tunica interna del retto, che fa intorno il gruppo emorroidale una specie di cercine in forma di corona. Questa massa emorroidale è divisa in più tumoretti più o meno grossi, separati da dei solchi, la cui profondità e relativa al volume dei tumori. Si conosce facilmente che questi tumoretti sono emorroidi interne dal loro colore violetto o nerastro, dalla loro consistenza, molto minore di quella dei tumori scirrosi, che talvolta si sviluppano nel retto. Quando queste emorroidi sono uscite, rientrano con maggiore o minor difficoltà, secondo che sono grosse, o piccole, e che lo sfintere dell'ano è più, o meno serrato; ed è ancora in questi casi, in cui i tumori emorroidali interni escono fuori nel rendere gli escrementi, che versano del sangue in maggiore o minor copia, perchè il cerchio dell'ano gli stringe come un' allacciatura.

I fenomeni, da cui è sempre accompagnata la comparsa dei tumori emorroidali, annunziano un certo grado d'infiammazione. Questa flogosi dopo avere sussistito per alcuni giorni, diminuisce a poco a poco, i tumori si appassiscono e cessano di essere dolenti, ma conforme abbiamo già detto, essi non scompariscono mai intieramente. In questo stato i tumori emorroidali sono soggetti a nuovamente infiammarsi, sia per la rinnovazione del movimento emorroidale o flussionario, che porta il sangue verso l'ano, sia per l'azione di cause, che non hanno alcun rapporto con questo movimento, e che possono riguardarsi come puramente locali, come sarebbe il soggiorno prolungato delle materie fecali nel retto, il loro indurimento e la difficoltà della loro espulsione, una percossa all'ano, una caduta sul sedere, l'equitazione sopra di un cavallo, i cui movimenti siano duri. Questa infiammazione può essere altresì provocata da alimenti acri, dalle bevande spiritose, da un violento esercizio, e specialmente dalla danza, e dall' abuso dei piaceri dell'amore ec. A queste cause comuni tanto all' emorroidi esterne che interne, si deve aggiungere relativamente all' interne, allorchè sono uscite fuori, nè è stato possibile il ridurle, la contrazione dello sfintere dell' ano, che strangola tutto ciò che è fuori.

L' infiammazione dei tumori emorroidali è caratterizzata dalla gonfiezza, tensione e rossore, e da una sensibilità, che gli rende dolenti al più leggiero tatto, al passaggio delle materie le meno consistenti, e la quale non permette al malato nè di sedere, nè di stare in piedi, e finalmente dalle pulsazioni, che si sentono nella sede del male. L' intensità di questi sintomi è relativa a quella della infiammazione, la quale non è nè grande, nè di lunga durata quando l' emorroidi versano sangue. Talvolta l' infiammazione e violentissima, e invade non solo il tessuto cellulare adiacente, ma ancora gli organi vicini: alcuni malati soffrono allora un vivo dolore nella regione del

sacro, simile a quello, che vi risveglierebbe una violenta porcossa. Nell' uomo l' infiammazione si propaga talora fino alla vescica, e ne risultano allora degli accidenti più o meno gravi, come la disuria, e la stranguria, e allorquando questi accidenti si rinnuovano spesso finiscono per produrre il catarro della vescica. Nella donna, l'irritazione si estende all' utero ed alle sue appartenenze, ma in generale con minori sconcerti, perchè succede di rado che l' utero non sia in stato di fornire uno scolo sanguigno, che lo libera dall' irritazione.

L' infiammazione dei tumori emorroidali acquista ordinariamente molta intensità quando questi sono interni, voluminosi, e che sono stati cacciati fuori dagli sforzi, che fanno i malati per andar di corpo. Allora se non si risituano prontamente, rimangono esposti alla costrizione dello sfintere, che gli stringe come una corda, per cui aumenta sempre più il loro volume, e la loro riduzione diviene assolutamente impossibile; essi prendono un colore pendente al turchino, o nero, il tumoretto rotondo che forma la membrana mucosa dell' intestino prolassato s' infiltra e si tumefà maggiormente; il malato soffre dei violenti dolori, che corrispondono alla vescica, al perineo, ed anche al ventre; gli sopraggiunge la febbre, la vigilia, e se egli non è prontamente e convenientemente soccorso, la gangrena s' impadronisce talvolta del gruppo emorroidale, e del cerchio membranoso, che lo circonda.

Frattanto l' infiammazione delle emorroidi termina ordinariamente per risoluzione; ma questo termine dell' infiammazione non produce la completa sparizione delle emorroidi; come nelle altre malattie infiammatorie, gli accidenti si calmano, i tumori diminuiscono di volume, e si riducono a dei tubercoli più o meno grossi, il cui volume aumenta ogni volta che il movimento emorroidale ha luogo spontaneamente, o che è provocato da qualcuna delle cause, di cui abbiamo parlato.

La suppurazione è di rado la conseguenza dell'infiammazione delle emorroidi, e quando essa ha luogo, non sono quasi mai i tumori emorroidali che suppurano e si aprono, ma bensì l'adiacente tessuto cellulare, a cui non è cosa rara che si estenda la loro infiammazione, per cui vi si forma un ascesso, che degenera in fistola.

L' infiammazione dei tumori emorroidali è raro che termini nella gangrena: quest'esito dell'infiammazione non ha luogo che nelle emorroidi interne voluminose, e uscite fuori, allorchè sono talmente compresse dalla contrazione dello sfintere, che è impossibile di ridurle. Questo accidente è in generale pericolosissimo, e può anche divenire mortale. Per altro è stato salutare talvolta in alcuni malati, i quali sono rimasti liberi per sempre dalle loro emorroidi, dopo la caduta delle escare.

Accade talvolta che delle successive infiammazioni, le quali non terminano in una completa risoluzione, imprimono alla lunga una durezza scirrosa ai tumori emorroidali. In questo stato il loro volume non diminuisce giammai, ma bensì può crescere. Essi si esulcerano talvolta, e versano una materia fetida, acrimoniosa, che produce un'incomodissimo cociore nei contorni dell'ano. Possono ancora divenire cancerosi, e allora se non si recidono prontamente, il male si estende ad altre parti e diviene incurabile. Allorchè l'emorroidi scirrose sono interne, e che sono adese alla membrana mucosa dell'intestino mediante un peduncolo, che gli permette di uscir fuori negli sforzi, che il malato fa per andar di corpo, la loro riduzione è difficilissima, e durante tutto il tempo che restano fuori, il paziente soffre dei vivi dolori, che niente può calmare. In questi casi la recisione dei tumori è parimente l'unico mezzo di liberare il malato dai suoi patimenti, e di prevenire i pericolosi accidenti, da cui egli è minacciato, o che soffre di già.

I tumori emorroidali possono cagionare alcune altre malattie dell'ano e del retto, come le screpolature o fessure, il ristringimento spasmodico dello sfintere, lo scirro, e il cancro. Ma queste conseguenze sono raramente il risultamento immediato della presenza delle emorroidi; poichè quasi sempre altre cause concorrono insieme con esse a produrre queste malattie.

L' emorroidi sono frequentemente accompagnate da uno scolo più, o meno considerabile di sangue dall'ano, a cui si è dato il nome di flusso emorroidale. Questo flusso ha luogo talvolta anche nelle persone, che non soffrono di emorroi-

di, ma allora è passeggiero, nè si annunzia con alcuno sconcerto locale, nè generale, poichè il sangue scola in abbondanza dall' ano, quasi senza che il malato se n' accorga. P. Frank racconta, che un giovine di sedici anni, che godeva di una perfetta salute, si trovò la mattina nello svegliarsi bagnato nel suo sangue. Non conoscendo egli l'emorroidi, fu spaventato dall' emorragia senza esserne indebolito; ma non potè mai scoprirne la sorgente. Questo individuo pervenne all'età di sessant'anni senza soffrirne la recidiva, nè altra emorragia supplementaria. I casi di questa specie sono estremamente rari, e il flusso emorroidale è quasi sempre preceduto e accompagnato dall'emorroidi.

Questo flusso ha una singolar tendenza alla recidiva, e una volta stabilito, ritorna ordinariamente per intervalli più o meno lunghi, e più o meno regolari fino ad un'età molto avanzata. Frattanto succede molto spesso verso il declinar della vita, che il flusso emorroidale, il quale fin'allora era stato frequente, si sospende; ed in questo caso i malati sono generalmente attaccati dall'apoplessia, o da paralisi. Il flusso emorroidale è stato diviso, come l'altre emorragie provenienti dalle membrane mucose, in attivo e passivo, secondo che è accompagnato da reazione generale, o congiunto a uno stato di debolezza, che sembra concorrere alla sua produzione.

Il flusso emorroidale offre delle varietà relative alle circostanze, nelle quali scola il sangue: talvolta non si versa che nel tempo che il malato va di corpo, o dopo l'uscita degli escrementi, che se ne osservano tutti ricoperti, senza che vi sia mescolato; altre volte il sangue scola senza che il malato vada di corpo; e allora la perdita n'è in generale più abbondante, e preceduta dai fenomeni, che annunziano l'invasione dell'emorroidi, e di cui noi abbiamo già parlato. In alcuni soggetti il sangue fluisce in poca quantità e senza interruzione dall'ano; in altri si accumula al di sopra dello sfintere, e non è espulso finchè la sua presenza nell'intestino vi produce una sensazione analoga a quella determinata dalle materie fecali. Questo scolo non dura ordinariamente che alcuni giorni; ma si è visto ancora prolungarsi fino a venti, trenta, quaranta giorni, ed a più mesi; ma generalmente, allorchè il flusso dura lungo tempo, avvi luogo a credere che esista qualche affezione organica insieme coll'emorroidi, e si devono fare le opportune ricerche per venirne in chiaro.

Il colore rosso e vermiglio del sangue emorroidale non permette di dubitare della sua natura arteriosa. Questo sangue, come quello dei mestrui e dell'emorragie che si effettuano dalla superficie delle membrane muccose in generale, proviene dall'estremità delle arterie capillari della membrana interna del retto. Talvolta peraltro il sangue emorroidale è in parte arterioso, e in parte venoso, e anche intieramente venoso; e ciò succede quando le varici del retto, che complicano molto spesso l'emorroidi inveterate, vengono a rompersi. Ma questa emorragia venosa non dev' essere confusa col vero flusso emorroidale; e si distinguerà non solamente da quest'ultimo dal colore del sangue, ma anche dalla profusione, con cui il sangue si versa allorchè le varici sono numerose e molto grosse. Questo sangue si accumula nel retto, vi si coagula, e i malati lo rendono a grumi ed in gran quantità alla volta.

La quantità del flusso emorroidale è molto variabile: nella maggior parte dei casi è piuttosto scarso; qualche volta per altro è abbondantissimo; ma è rarissimo che la perdita di sangue, specialmente la prima volta che si dichiara, sia tanto copiosa da far temere per la vita del malato. Si leggono negli autori moltissimi esempi di flusso emorroidale di venti once, e anche di due libbre, con frequenti repetizioni per lungo tempo, senza alcuna pericolosa conseguenza. Ma dall' altro canto non mancano neppure dei fatti numerosi, i quali attestano che quest'emorragie eccessive e di lunga durata, hanno fatto perire dei malati.

Si potrebbe, per mancanza di attenzione, confondere il flusso emorroidale con altri scoli di sangue dall' ano, che sono essenzialmente differenti, come il flusso epatico, il dissenterico, la melena, l'ematemesi ec. Ma si distinguono facilmente queste malattie dal flusso emorroidale, facendo attenzione ai sintomi particolari a ciascuna di esse, alle qualità del sangue, che è reso per l'ano, al modo, con cui è combinato colle materie fecali, e considerando i sintomi che han-

no luogo all'ano, ed esplorando accuratamente questa parte e il retto.

Allorchè il flusso emorroidale è poco abbondante, lungi dal riguardarlo come una malattia, si deve anzi tenere per un'evacuazione salutare, poichè è uno dei mezzi, di cui si serve la natura per prevenire o diminuire lo stato pletorico costituzionale o accidentale, come pure la tendenza alle malattie inflammatorie. Talvolta esso previene una pericolosa emorragia, come l'emottisi, l'ematemesi, l'ematuria; altre volte rimpiazza queste stesse emorragie. Vi sono molti esempi di questo flusso, che alle donne ha tenuto luogo dei mestrui, che erano soppressi. Esso serve talvolta di crise a delle malattie acute; ciò, che non accade per altro che in quei soggetti, che già soffrivano d'emorroidi.

Il flusso emorroidale può essere eccessivo: si riguarda come tale allorchè non solamente è molto abbondante, ma anche quando dura lungo tempo, e si ripete spesso. In questi casi può cagionare la spossatezza, la febbre lenta, l'etisia, la cachessia e l'idropisia. Esso è sovente mantenuto dall'ingorgo dei visceri del basso ventre, e specialmente del fegato, come ha dimostrato l'apertura dei cadaveri.

Il flusso emorroidale periodico e moderato essendo, conforme abbiamo detto, salutare, è cosa naturale di pensare che la sua soppressione ben più di sovente che il suo eccesso, potrebbe portar seco delle pericolose conseguenze. Si è visto nascere da questa soppressione delle malattie d'ogni genere; l'infiammazione dei visceri addominali, la colica, la cardialgìa, l'itterizia, l'ipocondria, l'idropisia, l'isterismo, l'asma, l'etisia, l'apoplessia, la paralisia ec. qualche volta il sangue prende un'altra strada, e produce l'epistassi, l'emottisi, l'ematemasi ec.

Il prognostico dell'emorroidi è subordinato a un gran numero di circostanze. L'emorroidi che sono sopraggiunte in conseguenza dello stato generale dell'economia animale, o che per i loro frequenti ritorni si sono unite a questo stato generale, devono essere riguardate come un'affezione salutare, che può prevenire un gran numero di malattie, e che non si può sopprimere senza esporre il malato a gravissimi accidenti, da cui niuna precauzione potrebbe forse preservarlo. L'emorroidi semplicemente accidentali, che dipendono evidentemente da delle cause, che agiscono sulla sola parte affetta, non sono di alcun vantaggio per il mantenimento della salute; e allorchè sono recenti, e che non hanno contratto alcuna connessione coll'economia animale, si possono guarire senza inconveniente, rintracciando la causa, che le ha prodotte.

Ciò, che noi diciamo dell'affezione emorroidale in generale, è applicabile specialmente al flusso emorroidale in particolare. Allorchè questo flusso è moderato e regolare, reca dei vantaggi, preservando o liberando da molte altre più gravi malattie; ma se è eccessivo, ne può produrre delle pericolosissime, come abbiamo già detto.

La situazione dei tumori emorroidali e diverse altre circostanze, possono rendere questa malattia più o meno grave e incomoda. I tumori esterni sono in generale meno incomodi di quelli interni. Quelli che rimangono per dei lunghi tratti di tempo poco voluminosi, appassiti, indolenti, e che s'infiammano di rado, sono meno gravi di quelli, che sono abitualmente dolorosi, e che s'infiammano spesso; e questi lo sono tanto più, quanto il loro volume e la loro irritazione sono maggiori. I tumori emorroidali interni poi sono tanto più fastidiosi, quanto più sono numerosi, più grossi, e che escono dall'ano, trascinando seco la membrana interna del retto. Questo prolasso dell'emorroidi o accada abitualmente e involontariamente, o solamente allorchè il malato va di corpo, è una circostanza che aggrava sempre moltissimo la malattia, e che obbliga talvolta a ricorrere a un'operazione, di cui parleremo in breve. Nella donna lo stato di gravidanza rende il pronostico più grave non solo per la difficoltà di potere diminuire gli accidenti emorroidali prima del termine della gravidanza, ma anche per gli ostacoli che questi tumori aggiungono al parto.

Nella cura dell'emorroidi non solo si deve avere in vista di calmare i sintomi pericolosi, da cui sono talvolta accompagnati, ma ancora di guarire radicalmente la malattia, o di prevenirne il ritorno, allorchè ciò può farsi senza esporre il

malato a gravi accidenti. La guarigione radicale dell' emorroidi può essere tentata senza inconvenienti quando si sono manifestate in principio come una malattia puramente locale, e che non hanno contratto alcun interno rapporto colla costituzione del malato, malgrado le loro frequenti ricomparse. Si può ancora tentare con sicurezza la guarigione di quelle, che sone state prodotte da una causa generale quando sono recenti, a meno che la natura non reclami evidentemente la loro conservazione, come nel caso, in cui la loro apparizione abbia fatto cessare un' altra malattia. Ma quando l' emorroidi sono antiche, abituali, periodiche, ne sia stata qualunque la primitiva causa, non si possono fare sparire intieramente, anche prendendo le più grandi precauzioni senza esporre i malati a gravissimi accidenti, ed anche alla morte. Egli è dunque bene importante, prima di tentare alcun rimedio contro l' emorroidi, di distinguere quelle, che si possono fare sparire senza inconvenienti per i malati da quelle, di cui non si può tentare la completa guarigione senza far loro correre i più grandi pericoli. Per riuscirvi bisogna fare attenzione all' età, al temperamento del malato, alla sua maniera di vivere, alle malattie, dalle quali sono stati attaccati i suoi genitori, all'epoca, in cui sono comparse l' emorroidi, ai fenomeni generali e locali, che hanno preceduto la loro apparizione, all'influenza, che esercitano sul sistema dell' animale economia, o su qualche malattia, da cui si trovava attaccato il malato prima della loro comparsa. Se un minuto esame di tutte queste circostanze lasciasse ancora qualche dubbio sul vero carattere dell' emorroidi, sarebbe meglio astenersi dall' uso di quei rimedii capaci di farle sparire, che di esporre il malato, impiegandoli, a delle pericolose conseguenze.

Allorchè ci siamo accertati che l'emorroidi possono essere soppresse senza inconvenienti, dobbiamo incominciare subito dal combattere le cause, che l' hanno prodotte, a fine di prevenire il ritorno, e d' impedire che divengano abituali. Essendo la pletora e la costipazione le due cause remote le più ordinarie dell' affezione emorroidale, il medico deve cercare di distruggere l' una, e l' altra. Si rimedia alla pletora col salasso, e se n' impedisce il ritorno per mezzo di un regime antiflogistico, di un nutrimento di poca sostanza come il vegetabile, ed aumentando la traspirazione mediante adattati esercizi. La costipazione poi merita una seria attenzione, poichè non evvi altra causa che favorisca meglio le congestioni sanguigne nell'estremità inferiore del retto quando il soggiorno e l'indurimento degli escrementi in questo intestino, e gli sforzi, che si rendono necessari per espellerli. Bisogna dunque occuparsi incessantemente a distruggere questa causa mediante un conveniente regime, che dev' essere diretto a seconda dell' esperienza, che ciascun'individuo ha di se stesso in particolare; e dove il regime non basta, si ricorrerà ai clisteri ammollienti e rilassanti, ai lassativi, come l'olio di ricino, il cremor di tartaro e i fiori di zolfo, l'acqua di Sedlitz, ec. I malati non devano giammai resistere al bisogno, che sentono di rendere le feccie, come fanno certe persone per non interrompere le loro occupazioni. Allorchè l' intestino è arido, conviene prendere, prima di andar di corpo, un clistere composto con una o due once di olio di lino, di crema di latte o di burro fresco, e un poco di brodo di carne o di omento di vitella.

Allorchè l' emorroidi non possono guarirsi intieramente senza inconvenienti, e che il malato deve rimanere soggetto a quest' affezione, conviene ricorrere al regime e ai mezzi, di cui si è parlato, per diminuire, per quanto è possibile, il numero e l' intensità degli accessi, e prevenire gli accidenti, dai quali l' emorroidi possono essere accompagnate.

Quando il flusso emorroidale è moderato, non havvi altra cosa a fare che di raccomandare al malato di evitare ogni eccesso nel regime; ma quando il flusso è eccessivo e che indebolisce il malato, siccome potrebbe portar seco delle triste conseguenze, bisogna affrettarsi a moderarlo; ma prima di tutto conviene esaminare le parti, onde conoscere se l' emorragia non dipende dallo stringimento della membrana mucosa del retto, o da un piccolo tumore emorroidale interno, la cui estirpazione potrà far cessare l'effusione del sangue. Se il riscontro delle parti ci lascia all'oscuro sulla causa del flusso si fa coricare il malato in un letto

duro, raccomandandogli di astenersi da qualunque esercizio nella posizione eretta, e di evitare il calore, gli si prescrive una dieta severa, delle bevande temperanti e rinfrescanti, e dei clisteri ammollienti; e se lo stato pletorico e l'eccesso delle forze vitali lo esigono, si ricorre a un salasso o due dal braccio. Quando questi mezzi non bastano per calmare l'emorragia e dissipare i timori, che fa naturalmente nascere ogni abbondante perdita di sangue, si ricorre all'applicazioni fredde e astringenti sull'ano, sulle cosce, e sul ventre; si inietta ancora nel retto dell'acqua vegeto-minerale, dell'acqua fredda mescolata coll'aceto, o dell' acqua alluminosa, procurando di non spingere l'iniezione troppo in alto.

Ma se tutti questi mezzi sono inutili, e che il malato sia minacciato di una pronta morte, bisogna ricorrere ai compensi chirurgici. Noi abbiamo detto poco fa che non bisogna giammai omettere la esplorazione delle parti: ond'è che se questo esame ci fa conoscere che il sangue proviene da un tumore emorroidale interno, che esce fuori dall'ano nell'andar di corpo, bisogna recidere questa emorroide, operazione semplice e facile, per cui cessa l'emorragia. Se il sangue scaturisce dalla superficie di uno o di più tumori emorroidali esterni, si arresta sicuramente cauterizzandoli con un ferro infuocato. Questo mezzo, di cui si servivano frequentemente gli antichi, potrebbe essere usato ancora, quando l'emorroidi sono interne, se si potesse fare uscir fuori l'intestino ponzando, o se dilatando l'ano collo speculo, si arrivasse a scoprire il luogo, d'onde il sangue si versa. Ma allorquando non si può giungere alla sorgente dell'emorragia col cauterio attuale, e che la vita del malato è in pericolo, si deve ricorrere alla compressione, portando lo zaffo nell'intestino secondo il metodo consigliato da Petit, di cui noi parleremo in breve.

La soppressione del flusso emorroidale abituale, qualunque ne sia la causa, è un'accidente grave, e per ciò si deve far di tutto per richiamarlo, o procurare di supplirvi. L'applicazione delle mignatte intorno l'ano, i semicupi, i clisteri stimolanti caldi, le torunde irritanti aloetiche, i lassativi, le frizioni sull'ano fatte con un pezzo di ruvida tela o con una foglia di fico, le coppette scarificate sulla regione del sacro o alla parte interna delle coscie; e se gli accidenti fossero urgenti, come per esempio nella minaccia di un'imminente apoplessia, il salasso dal braccio e specialmente dal piede, sono i mezzi i più usitati nei casi, dei quali si parla.

Allorchè i tumori emorroidali sono gonfi, tesi, dolenti e infiammati si devono combattere questi accidenti mediante il riposo nella situazione orizzontale, la dieta, le bevande diluenti e rinfrescanti, i clisteri ammollienti, le lavande, le fomente e l'imbroccazioni simili, le pomate, i cataplasmi ammollienti e anodini, e soprattutto colle mignatte applicate sulle parti tumefatte.

Quando l'emorroidi sono esterne, questi mezzi sono ordinariamente sufficienti per calmare l'infiammazione e i dolori, e per farle disenfiare e appassire. Ma allorchè sono interne, e che sono uscite fuori negli sforzi fatti per andare di corpo, questi rimedi gioverebbero poco, se non si facessero prima rientrare il tumore e la membrana interna del retto, che essi trascinano seco fuori. La riduzione di queste parti è dunque l'indicazione la più urgente, ma non è però sempre possibile di ottenerla; l'infiammazione è talvolta così forte che i più piccoli sforzi ed i più delicati contatti cagionano dei dolori così atroci, che non si potrebbe senza grandi inconvenienti procedere oltre nel tentativo di ridurre l'emorroidi. In tali casi conviene limitarsi all'uso dei rimedi generali e locali, di cui abbiamo parlato, e attenderne il risultamento. Qualche volta la compressione, che lo sfintere esercita su i tumori è così forte, che vi cagiona la gangrena; ma questo accidente è di rado così grave, come si avrebbe luogo di credere; poichè la mortificazione non attacca che la sola membrana mucosa, e non si estende al di là delle parti compresse, e strangolate: la separazione delle parti gangrenate si opera prontamente, e se la malattia locale non è accompagnata da alcuna affezione generale, il malato ne guarisce assai presto, conforme io ne ho osservato parecchi casi. Ma talvolta succede ancora che la gangrena distrugge i tumori emorroidali, ed il malato ne rimane interamente libero: in questi casi peraltro è da

temersi il ristringimento dell' estremità inferiore del retto, e per prevenirlo si deve fare uso delle meccie per lungo tempo.

Allorchè i tumori emorroidali sono così numerosi e voluminosi per opporre un'ostacolo al passaggio degli escrementi, o che sono abitualmente infiammati e dolentissimi, o che versano tanto sangue da indebolire il malato e precipitarlo nella cachessia, o infine, allorchè essendo interni, escono sempre fuori trascinando seco la membrana interna del retto, ne è possibile farne la riduzione, bisogna risolversi ad estirparli. L' incisioni, che alcuni autori consigliano di fare in simili casi su questi tumori, non producono che un passeggiero sollievo, mentre poco tempo dopo gli accidenti si rinnovano, resi ancora più gravi dalle cicatrici dell' incisioni, che aumentano la durezza dei tumori. L' allacciatura, la recisione, i caustici e il cauterio attuale, sono i mezzi di cui si può far uso per distruggere i tumori emorroidali, e la scelta piuttosto dell'uno che dell' altro di questi mezzi dipende poi dalla situazione di questi tumori, dal loro volume e dalla loro figura.

L' allacciatura ha il doppio vantaggio di non spaventare i malati, e di non esporli all'emorragia, che accompagna quasi sempre l' estirpazione dell' emorroidi; ma questi vantaggi sono contrabilanciati da dei gravi inconvenienti. L' applicazione dell'allacciatura è sovente molto difficile, e sempre dolorosissima; i tumori talvolta ci resistono, non cadono, e si esulcerano e gonfiano; e siccome sarebbe imprudente di allacciarli tutti in una volta, l'irritazione prodotta dalle prime allacciature aumenta di molto l' ingorgo delle emorroidi, che non sono state ancora sottoposte al laccio: finalmente l' allacciatura puo dar luogo ancora a dei più gravi accidenti, può produrre una fortissima infiammazione, le convulsioni, e anche tutti i sintomi, che accompagnano lo strozzamento dell' intestino e dell' epiploo. G. L. Petit riporta due casi, nei quali l' allacciatura cagionò questo formidabile accidente. Una donna, alla quale aveva allacciato tre emorroidi, il cui peduncolo era sottile, e la posizione favorevole al successo di questa operazione, non ne risentì da principio molto dolore; ma cinque ore dopo mandò a dire a Petit che ella soffriva dei dolori colici, che si estendevano lungo il colon. Le furono fatti quattro salassi senza sollievo; alla fine egli tagliò l' allacciature non avendo potuto slentarle per essere troppo profondamente infossate nelle parti tumefatte, e i dolori si calmarono in poco tempo. L' allacciature non erano rimaste in sito che per lo spazio di 24 ore, e frattanto l' emorroidi erano divenute nere, e la pelle era recisa nella loro base. Petit le asportò senza la minima effusione di sangue.

Un' altro malato, cui erano state allacciate alcune emorroidi, non potè esser salvato, quantunque fossero tagliati i lacci 24 ore dopo la loro applicazione. Le nausee, il singhiozzo, i vomiti, e gli eccessivi dolori, che erano prontamente insorti, non poterono calmarsi nè mediante i salassi, nè colle bevande e i topici calmanti. Questi sintomi persisterono colla istessa intensità anche dopo tagliati i lacci, e il malato perì alla fine del secondo giorno. Petit paragona questi sintomi a quelli dello strozzamento di un'intestino. Dopo che egli fu spettatore di questi due casi, non ha mai più usato l' allacciatura nella cura dei tumori emorroidali. Non bisogna però credere che l' allacciatura produca spesso accidenti così funesti. L' istesso Petit dice di avere avuto ricorso molte volte a questo espediente senza inconvenienti, ed esso non vi renunziò, conforme abbiamo detto, se non dopo avere osservato i due narrati casi. Pott ha usato assai spesso la legatura sull' emorroidi, e la raccomanda anche di preferenza alla recisione, perchè, da un lato, come abbiamo già detto, non espone al pericolo dell' emorragia, e che dall' altro, spaventa meno i malati. Ciò non ostante, siccome questa allacciatura può cagionare dei gravi accidenti, non s' usa quasi più al presente che nei soggetti, che dimostrano una invincibile repugnanza per la recisione, ed in quelli, nei quali l' emorroidi hanno un peduncolo sottile.

Qualche volta si è fatto uso dei caustici per distruggere i tumori emorroidali; ma oltre che non sono applicabili a tutti i casi, hanno l' inconveniente di estendere la loro azione molto al di là del luogo, dove sono applicati di modo che essi distruggono sovente non solo i tumori emorroidali, ma ancora le parti

adiacenti, che devono essere conservate. Questi sono i motivi perchè è stato oramai intieramente rinunziato al loro uso.

Il cauterio attuale è stato molto impiegato dagli antichi per distruggere i tumori emorroidali; ma questo mezzo è così doloroso, e le conseguenze ne sono ordinariamente così pericolose, che è stato abbandonato, e presentemente non vi si ricorre che per reprimere un flusso emorroidale eccessivo, proveniente da emorroidi esterne, o per arrestare l'emorragia che risulta dalla recisione di questi tumori, allorchè non si può frenarla con altri mezzi.

La recisione dei tumori emorroidali è il mezzo più sicuro e più pronto per liberarne i malati; ma questa operazione cagiona sovente una considerabile emorragia, che talvolta è stata funesta per non essere stati impiegati i mezzi propri per arrestarla, o per essere stata mal diretta la loro applicazione. Alcuni autori hanno creduto che questa emorragia non nasca mai fuori del caso, in cui è stata presa una varice per un tumore emorroidale. Ma non si può ammettere questa opinione emessa così vagamente, e senza essere appoggiata da alcun fatto positivo e bene osservato. La recisione può essere fatta non solamente quando i tumori sono esterni, ma ancora quando sono impiantati nel retto, e che trascinano fuori seco la membrana mucosa di questo intestino. Si prepara il malato a questa operazione prescrivendogli una severa dieta, per alcuni giorni, la bevanda temperante e dolcificante, come brodo di vitella o di pollo, e l'uso dei clisteri per sbarazzare i grossi intestini delle materie fecali. Questa preparazione è specialmente necessaria quando l'emorroidi sono interne. Ecco poi come si precede all'operazione.

Il malato dev'essere situato sulla sponda del suo letto nella posizione di uno che va a ricevere un clistere. Allorchè i tumori sono esterni e che occupano tutto il contorno dell'ano, è indifferente di far situare il malato sul lato destro o sinistro; ma se i tumori emorroidali occupano solamente un lato dell' ano, il malato deve star situato su quel lato. Gli si raccomanda di fare degli sforzi come per andare di corpo, affinchè l'emorroidi compariscano meglio fuori, e si prestino più facilmente all'applicazione degli strumenti. Si prendono i tumori uno dopo l'altro con una pinzetta da dissezione, o con un doppio uncino, e si recidono presso la loro base con un bisturì; o con cisoie ben taglienti, se essi hanno un sottil peduncolo. Alcuni autori consigliano di recidere l'emorroidi non alla loro base, ma bensì nella loro parte media, a fine di non ledere i vasi, che vi portano il sangue. Ma questo precetto è così privo di fondamento che non vale la pena di discuterlo. Allorchè i tumori occupano i due lati dell'ano, si deve cominciare dal recidere quelli, che occupano il lato, su cui il malato è situato, a fine di non essere incomodati dal sangue proveniente dal taglio dell' emorroidi dell'altro lato. Alcuni chirurghi hanno proposto dietro Galeno, di allacciare la base del tumore e quindi reciderne la porzione eccedente; ma questa doppia operazione non è necessaria.

La recisione dei tumori emorroidali esterni raramente è accompagnata da una forte emorragia, e la compressione serve quasi sempre per arrestarla; ma se il sangue continuasse a scolare nonostante la più forte e metodica compressione, non bisognerebbe esitare ad applicare il ferro infuocato sulle superfici, da cui geme il sangue.

La recisione dei tumori emorroidali interni è più difficile e molto più pericolosa di quella degli esterni; ed è perciò che non vi si deve ricorrere che nei casi di un' assoluta necessità. Gli strumenti necessari per praticare questa operazione sono, un'ago curvo, in cui dev'essere infilato un filo incerato lungo circa due piedi, un bisturino retto ordinario; un'altro bisturino retto a lama stretta, terminata da un bottone; per la medicatura poi occorrono delle fila, delle compresse, e una fascia a doppio T. Colle fila si formano alcuni stuelli legati, dei piumaccioli, e un grosso zaffo bislungo, che non sia nè troppo duro, nè troppo morbido; sopra di una dell' estremità di questo zaffo, o grosso stuello, vi si adattano in forma di croce due grossi cordoni di filo incerato, che si annodano sull'altra estremità, e se ne riuniscono in quattro capi in modo, che non ne vengano a formare che due soli. Se l'emorroidi non escono fuori che allorquando il malato va di corpo, bisogna attendere questo momento

per fare l'operazione, o pure farli prendere un clistere per accelerarne l'uscita.

Allorchè i tumori sono comparsi fuori, si fa situare il malato sulla sponda del suo letto nel modo, che abbiamo detto di sopra. Se i tumori sono distinti e separati, si passa a traverso di ciascuno di essi un'ansa di filo, o si afferrano cogli uncini; ma se, come si incontra il più di sovente, essi formano un grosso anello diviso in più porzioni, separate da infossamenti più o meno profondi, si passa un'ansa di filo in ciascuna porzione. Se non si procurasse di fissare bene tutti quanti i tumori emorroidali, il dolore che risveglia il taglio del primo può cagionare una contrazione dell'ano, per cui gli altri potrebbero rimontare e tornare a nascondersi, ciò che ne renderebbe l'estirpazione difficile, e anche impossibile. Le cose essendo dunque così disposte, il chirurgo operatore prende le due estremità del filo, che traversa l'emorroide o la porzione del tumefatto anello, che esse formano, da cui vuole incominciare l'operazione, e dà a tenere gli altri fili a un'assistente. Quindi tira un poco a se l'ansa del filo per rendere il tumore più protuberante all'infuori, e lo recide nella sua base col bisturino, di cui volge il dorso verso il centro dell'ano; e coll'istesso metodo egli procede alla recisione di tutti gli altri tumori, e delle porzioni dell'anello emorroidale, in cui ha già passato un'ansa del filo. Moltissimi autori raccomandano di incominciare dall'incidere la membrana che ricopre i tumori e di staccarnela per quanto è possibile. Questa precauzione sembra loro necessaria, specialmente quando vi sono più tumori da estirpare, per non produrre una perdita di sostanza tanto grande nelle pareti dell'ano, e per impedire il ristringimento di questa parte. Ma la membrana mucosa che involge i tumori emorroidali, è talmente unita alla loro sostanza che è quasi impossibile di separarla, e questa separazione è ancora resa più difficile dal sangue, che si versa dall'incisioni già fatte in questa membrana, il quale nasconde tutte le parti. Si impedisce il ristringimento dell'ano e dell'estremità inferiore del retto coll'uso delle meccie, e specialmente incidendo l'ano e lo sfintere, che lo circonda, dopo che si sono estirpate l'emorroidi. Questa incisione ha ancora l'altro vantaggio di facilitare l'introduzione dello zaffo e degli stuelli, che viene resa molto difficile dalla contrazione spasmodica dello sfintere. Per fare questa incisione dopo l'estirpazione delle emorroidi, io introduco il dito indice della mano sinistra nell'ano, e conduco la lama del bisturino bottonato lungo questo dito, e quando essa ha penetrato fino a un pollice e mezzo all'incirca al di là dell'ano, ne dirigo il tagliente verso il margine di questa apertura, e ritirando lo strumento taglio lo sfintere, la pelle del margine dell'ano e l'adiacente tessuto cellulare alla profondità di sei linee.

Terminata l'operazione, bisogna procedere alla medicatura, ma prima si deve raccomandare al malato di fare degli sforzi come per andar di corpo, a fine che venga fuori il sangue, che si è raccolto nel retto. Si spalma il contorno dell'ano e la superficie esterna dello zaffo con del cerato, onde introdurlo più facilmente nel retto con una pinzetta a anelli. Questo zaffo deve essere spinto più in alto che si può, a fine che resti situato al di là dei vasi aperti: poscia si riempie la porzione inferiore dell'intestino con gli stuelli legati, che s'introducono ancora nell'ano e nella incisione che vi si è praticata, e si ricoprono con dei piumaccioli. Ciò fatto si prendono i due cordoni attaccati allo zaffo, e uno si pone a destra e l'altro a sinistra, mettendo in mezzo ad essi un grosso e duro piumacciolo di fila, il quale si spinge contro l'ano con una mano, nel tempo che coll'altra si tirano a se i due cordoni dello zaffo, a fine di farlo discendere fino che può, e quando si sente che non può più abbassarsi, si legano i due cordoni sul piumacciolo di fila, e coperto l'apparecchio con delle compresse, si tiene il tutto in sito colla fasciatura a doppio T, i capi inferiori della quale devono essere fortemente serrati. Questo apparecchio esercita una forte pressione su tutta la superficie del retto e dell'ano, e se è bene applicato, non vi è da temere nulla riguardo all'emorragia. Ma se questo apparecchio male applicato non produce una compressione assai forte per arrestare il sangue, l'emorragia continua, e le conseguenze ne sono tanto più pericolose, in quanto che il sangue, che non può uscire dall'ano, che è ermeticamente chiuso, ri-

monta nell'intestino e lo riempie. Si giudica che esiste questa emorragia interna dalla debolezza del malato, dal pallore del volto, dai sudori freddi, dalle coliche e i pressanti stimoli di andar di corpo. In tal caso conviene subito levare l'apparecchio per riapplicarlo poscia in miglior maniera, appena che l'intestino retto è rimasto sbarazzato spontaneamente, o per mezzo di un clistere del sangue, che vi si era stravasato. Questa precauzione è necessarissima, poichè se rimanesse del sangue nell'intestino, la sua presenza cagionerebbe degli stimoli di andar di corpo, e questi stimoli o dipendano da questa causa, o dalla presenza dell'apparecchio, sono talvolta sì forti, che il malato non può fare a meno di fare degli sforzi, che potrebbero dissestare l'apparecchio, se non si avesse la precauzione di farlo comprimere fortemente colla mano da un aiuto. Un malato, a cui io avevo asportato il tumore emorroidale, che a guisa di gonfio anello contornava esternamente l'ano, provò cinque o sei ore dopo l'operazione un violento tenesmo, che l'obbligò a fare degli sforzi così grandi per andar di corpo, che l'apparecchio ne rimase intieramente scomposto; e siccome lo spasmo continuava ancora dopo l'uscita dello zaffo, che era stato introdotto nell'intestino, il malato credeva sempre di aver bisogno di andar di corpo, e si messe alla seggetta, ove continuò a ponzare con tutte le sue forze. Fortunatamente che io arrivai presso di lui al momento, che accadde questo accidente. Lo trovai estremamente debole, pallido, coperto di sudore e vicino a cadere in sincope, perdendo molto sangue dall'ano. Applicai tosto un nuovo apparecchio, e lo feci comprimere dalla mano di un'aiuto per il rimanente del giorno, esortando il malato a non fare alcuno sforzo per andar di corpo. L'emorragia non ricomparve più ed esso guarì; ma la sua convalescenza fu lunghissima, perchè egli aveva perduto un'eccessiva quantità di sangue.

È probabilissimo che quest'uomo sarebbe morto, se non era prontamente soccorso. Si sono veduti morire dei malati alcune ore dopo l'operazione per una emorragia, di cui non si ebbe alcun sospetto, perchè il sangue non compariva all'esterno, e la cui esistenza non fu riconosciuta che mediante la sezione dei cadaveri. G. L. Petit racconta, che un giovine chirurgo estirpò imprudentemente dei tumori emorroidali, che egli giudicò esterni, mentre non lo erano, ma solamente erano usciti fuori nell'andare di corpo. Spaventato dalla quantità del sangue che sgorgava dalle superfici recise, questo giovane chirurgo introdusse delle fila nel retto, finchè il sangue non comparendo più esternamente, credè di averlo arrestato; ma questo fluido seguitò a stravasarsi nell'intestino, il malato cadde in sincope, e morì quattro o cinque ore dopo. G. L. Petit fece l'apertura del corpo, e trovò il retto e quasi tutto il colon pieno di sangue nero, metà sciolto, e metà coagulato.

Risulta da quanto abbiamo detto che l'emorragia è sempre da temersi dopo la recisione dell'emorroidi interne, e che non si possono mai prendere troppe precauzioni per mettersi in guardia contro questo terribile accidente. Onde è che il chirurgo, per quanto sia sicuro di avere bene applicato l'apparecchio, non deve giammai perdere un'istante di vista il malato nelle prime ventiquattro ore, e se non può restare presso di lui, vi deve lasciare un'aiuto intelligente e capace di rimediare all'emorragia, se si manifesta.

La compressione, che lo apparecchio esercita sul collo della vescica e sul principio del canale dell'uretra, impedisce talvolta al malato di orinare. In tal caso conviene introdurre in vescica una siringa di gomma elastica e lasciarvela. Se si aspettasse per siringare il malato che la vescica fosse tanto distesa da formare un tumore al di sopra del pube, quest'organo potrebbe perdere in parte la sua facoltà contrattile, e l'uso della siringa diverrebbe allora necessario per lungo tempo, come ho più volte osservato.

Se sopraggiungono dei sintomi d'infiammazione, si combattono con i salassi, coll'applicazione di un gran numero di mignatte sull'ipogastrio, colle fomente e i cataplasmi ammollienti e anodini, e colle bevande rinfrescanti; ed in tutti i casi poi il malato dev'essere tenuto alla più severa dieta. L'apparecchio deve rimanere in sito per quattro o cinque giorni. Nei casi in cui si fosse obbligati di rimuoverlo più presto, atteso il bisogno che il malato potrebbe avere di andare

di corpo, bisognerebbe farlo colla più grande circospezione, e riapplicarlo immediatamente. Nella prima medicatura, si tolgono le fila applicate esternamente, si sciolgono o si tagliano i cordoni dello zaffo; si estraggono gli stuelli legati, ed anche lo zaffo, se viene fuori facilmente, altrimenti si attende per tirarlo fuori, che la suppurazione abbia fatto disenfiare e rilasciare le parti. Le medicature successive consistono nell' introdurre nell'ano alla profondità di quattro pollici in circa, una grossa meccia di fila spalmata con cerato. Se si trascurasse l' uso di questa meccia, o se si continuasse per poco tempo, l'ano si ristringerebbe, e l' uscita delle materie fecali diverrebbe estremamente difficile. G. L. Petit narra che un' uomo, a cui aveva asportato dell' emorroidi, non avendo voluto soffrire la meccia che per poco tempo, andò soggetto ad un ristringimento così forte dell' ano, che appena poteva passarvi il tubo di una siringa: allorchè le materie erano legate, uscivano come da una filiera. Coll'aiuto dei clisteri esso sopportò questo suo incomodo per più di due anni, avendo sovente il retto percluso da dense materie fecali, che difficilmente i clisteri giungevano a scioglierle. Durante questo tempo Petit gli propose parecchie volte di lasciarsi dilatar l'ano, ma non volle acconsentirvi. Egli peraltro si fece operare in seguito da un' altro chirurgo, ma senza successo.

L' operazione che conviene in questi casi, consiste nell' incider l'ano a destra e sinistra per un' estensione assai grande, da permettere l' introduzione di una grossa meccia di fila, di cui se ne continua l' uso per molto tempo, anche dopo che le piaghe sono cicatrizzate. Io ho eseguita questa operazione con pieno successo in un caso simile a quello narrato da Petit.

Qualunque sia il mezzo, che s' impiega per distruggere i tumori emorroidali, dobbiamo uniformarci, quando sono antichi, e specialmente quando sono abitualmente e periodicamente fluenti, al precetto di Ippocrate, il quale insegna di lasciare un tumore a fine di non contrariare la natura, chiudendole tutto in un tratto una via, che ella si era aperta per sgravarsi.

ARTICOLO IV.

Procidenza o rovesciamento del retto.

Per lungo tempo non si sono avute che delle cognizioni imperfette intorno questa malattia, Morgagni (1) deplorava la mancanza di osservazioni precise, e delle ricerche anatomiche, che potessero servir di base a una esatta descrizione, e era molto spiacente che questa materia non fosse stata ancora il soggetto di un trattato particolare. Da quell' epoca in poi la procidenza del retto è stata meglio osservata, e si sono notate le sue diverse specie. Si è riconosciuto che n' esistono due principali: nella prima è l'istesso intestino retto, il quale forma un tumore che esce fuori dell' ano; nella seconda è il colon rovesciato e invaginato nel retto, che si mostra all'esterno.

Nella prima specie il retto rovesciato come un dito di un guanto, esce fuori a traverso l'ano, e forma un tumore più o meno considerabile; ma questo intestino non si può mai prolassare nella sua totalità, essendo ciò impossibile atteso le forti connessioni, che egli ha colle parti vicine. Il tumore non è prodotto che dalla membrana muccosa, la quale si allunga, si rilascia, abbandona le altre tuniche intestinali, ed esce fuori ripiegandosi su se stessa. Il successo dell'operazione, con cui si asporta questo tumore col ferro tagliente, o si distrugge per mezzo del cauterio attuale; la sua guarigione mediante la gangrena, che vi nasce talvolta, sono altrettante prove che esso è formato unicamente dalla membrana muccosa del retto. Un caso osservato dal Levret (2) viene in appoggio ancora di questa verità. Portando egli un dito nella vagina di una donna, la quale aveva un tumore livido, sanguinolento e fetido della grossezza del pugno, prodotto da ciò, che chiamasi impropriamente *caduta del retto*, osservò che la vagina e l'utero erano nella loro naturale situazione, ciò che non poteva aver luogo se la totalità dell' intestino fosse uscita fuori dell'ano.

Il tumore che risulta dall'uscita della membrana muccosa del retto dall'ano,

(1) *De sed. et caus. morb. epist.* 33 *art.* 1.
(2) *Oss. sui polip. p.* 169.

si sviluppa lentamente, non comparisce in principio che quando il malato va di corpo, e raramente si estende al di là di due pollici dall'ano. Questo tumore, la cui apparizione non è preceduta da dolori locali nel ventre, si presenta sotto la forma di un cercine più, o meno tumido attorno dell'ano, lungo e rotondo in basso, ristretto in alto dal cerchio dell'ano, a cui è unito, e nella cui estremità libera si vede un foro rugoso, da cui escono gli escrementi. Questo cercinetto è tubercoloso, rugoso, rossastro, molle o teso, viscoso, sanguinolento, e poco dolente. Allorchè un'emorroide interna cacciata fuori, trascina seco la membrana mucosa del retto, o che questa membrana, rilasciata e allungata in un punto della circonferenza dell'intestino, esce dall'ano, il tumore è piriforme, unito, duro, sostenuto da un peduncolo più o meno lungo aderente all'intestino, a poca distanza per lo più dall'ano, e libero dalla parte opposta.

La procidenza della membrana interna del retto è frequente nei bambini, particolarmente in quelli che tormentati da delle coliche, da vermi, da una pietra nella vescica ec., strillano continuamente, e fanno dei violenti sforzi. Si osserva ancora in alcuni adulti calcolosi, o soggetti all'emorroidi, alla costipazione, al tenesmo, alla ritenzione di orina ec.; e non è raro di riscontrarla nei soggetti molto avanzati in età da lungo tempo attaccati dalla dissenteria.

Allorchè il rovesciamento della membrana interna del retto è recente e poco considerabile, è un piccolo incomodo che non cagiona quasi punto dolore, e che non ha alcuna influenza sulla salute. In questo grado di malattia, la membrana esce dall' ano solamente quando il malato va di corpo, ma appena cessati gli sforzi necessari per l'espulsione degli escrementi, essa rientra spontaneamente, o se pure resta fuori, la più leggera pressione colle dita basta per farla rientrare, e la maggior parte dei malati fanno da se stessi questa riduzione. Ma se la malattia viene abbandonata a se stessa, aumenta per gradi; il tumore diviene più grosso, più difficile a ridursi, e quando si è riposto, riesce fuori sotto il più leggero sforzo, se non è sostenuto con adattato mezzo: in questo stato la malattia è più incomoda, rende dolorosa l'escrezione delle materie fecali, penoso lo stare a sedere, ed incomodo il camminare. Frattanto si può vivere lungamente con questa malattia, finchè è possibile di ridurre e di contenere il tumore dopo essere andati di corpo. Ma quando il tumore resta costantemente fuori, la membrana mucosa incessantemente esposta all'azione dell'aria e alle confricazioni, aumenta di volume, diviene fungosa, si esulcera, versa del sangue e del pus, e diviene irriducibile. Poco a poco la salute si altera, le digestioni si fanno male, il malato cade nel languore, e la perdita di sangue lo rifinisce e lo fa perire. G. A. Binninger (1) narra che un bambino dell'età di otto anni, soffriva da più di sei mesi della procidenza del retto, che non era stato possibile di mantenere ridotto. Il tumore senz'essere dolente, versava continuamente del sangue. Questo bambino morì di febbre lenta e nel marasmo. La donna veduta da Levret, cui abbiamo parlato di sopra, era dell'età di sessant'anni; da venticinque anni in circa che ella aveva perduto le sue regole, andava soggetta al rovesciamento del retto. Tutte le volte che andava di corpo, il tumore usciva fuori, ma essa lo faceva rientrare facilmente, e si manteneva ridotto. Quando la vide Levret erano già scorse ventiquattr'ore che il tumore era fuori, non avendo ella potuto ridurlo; aveva acquistata la grossezza di un pugno, era livido, fetido, e versava del sangue in copia. Levret giudicò che questo tumore potesse estirparsi per salvare la malata dal pericolo, che la minacciava; ma non si volle adottare il suo parere. Questa donna fu portata all'Hotel-Dieu, dove alcuni giorni dopo dovè soccombere alla perdita di sangue, proveniente dal tumore.

Il prolasso del retto può parimente divenire pericoloso, ed anche mortale per lo strozzamento del tumore e per la gangrena, che n'è la conseguenza. Frattanto questo accidente non ha però sempre un esito funesto; anzi può divenir salutare e procurare la guarigione della malattia.

La procidenza del retto si guarisce fa-

(1) *Obs. et curat. medicinal. cent.* 2. *Obs.* 62 *p.* 198.

cilmente nei bambini, allorchè non è considerabile, antica e abituale. La sua guarigione è difficile negli adulti, specialmente se soffrono di emorroidi; ed è poi quasi impossibile nei vecchi.

Le indicazioni che presenta, sono differenti secondo che la malattia è recente o antica, semplice o complicata. Quando è recente, e che la membrana muccosa non vien fuori che nell'andar di corpo, e che rientra tosto spontaneamente o mediante una leggera pressione, possiamo limitarci a prescrivere i semicupi freddi, le formente e l'iniezioni di acque marziali, della decozione di rose galliche, delle radici di tormentilla, delle scorze di melo grano ec., a cui aggiungesi del vino rosso.

Allorchè il tumore non rientra spontaneamente dopo l'espulsione delle materie fecali, bisogna farne la riduzione il più presto possibile per non lasciare la membrana muccosa esposta all'azione dello sfintere e al contatto dell'aria. Questa riduzione è facile quando il rovesciamento è recente, e non forma che un cercine senza emorroidi e senza infiammazione. Vi si procede nel modo seguente: si fa stare il malato in piedi curvato in avanti, o col ventre appoggiato alla sponda del letto e colle sue natiche rapprossimate, quindi il chirurgo mette sul tumore una pezzetta di fine e morbida tela, spalmata con cerato, e poscia spinge il dito indice e la pezzetta nell'intestino, e allorchè il tumore è rientrato, ritira il dito nel tempo che sostiene l'ano colle dita dell'altra mano, indi ritira la pezzetta. Se con questo metodo non si riesce a ridurre l'intestino, allora si respinge di basso in alto e un poco dal davanti in dietro, facendo dei movimenti semicircolari a destra e a sinistra. Se il tumore è allungato in forma di un sanguinaccio, la riduzione n'è più difficile, specialmente nei bambini che strillano e serrano l'ano. In tal caso, dopo aver fomentato il tumore con del vino tiepido, o con dell'acqua e dell'olio se è asciutto, si comprime circolarmente presso i tegumenti l'intestino prolassato, e si respinge poco a poco nel ventre colle dita, nel tempo che coll'altra mano si ritiene la parte rientrata. Qualche volta non si perviene a far rientrare il tumore che in capo a più ore, e dopo avere tenuto il malato situato sul lato, il bacino elevato, e dopo avere applicato sull'ano delle compresse inzuppate nell'acqua tiepida.

Allorchè la malattia è antica e il tumore voluminoso, spesso il risituato intestino riesce fuori poco dopo, e si è obbligati di contenerlo mediante una conveniente fasciatura. Senza di questa precauzione, il camminare, l'andare in vettura, la tosse e ogni più piccolo sforzo fanno uscir fuori il tumore. Si sono immaginate molte fasciature per contenere l'intestino retto, ma la maggior parte sono soggette a scomporsi, e non possono sempre servire all'oggetto, che uno si propone. La fasciatura che ci sembra la più conveniente, ha il suo punto fisso sulle spalle, ciò che la rende più stabile e meno variabile nella sua azione. Questa fascia si compone, 1.° di due brettelle elastiche simili a quelle, di cui si fa uso ordinariamente, ma che si riuniscono colle loro estremità anteriori e posteriori, ov'è fissata una fibbia; 2.° di una piastra ovale un poco molle, convessa dalla parte dell'ano, e concava dal lato opposto, o di un pezzo d'avorio della stessa forma, corredato di parecchi fori per l'uscita dell'aria; 3.° di due correggie, una delle quali semplice, è fissata all'estremità posteriore della piastra o del pezzo di avorio, e l'altra doppia, è attaccata alla sua estremità anteriore: la correggia posteriore monta dietro il bacino, e va a fissarsi all'estremità posteriore delle brettelle, per mezzo della fibbia, che vi si trova; le due parti della correggia anteriore, dopo esser passate lungo la parte interna delle coscie, si riuniscono anteriormente verso la metà del ventre in un sol pezzo, che si attacca alla fibbia situata nell'estremità anteriore delle brettelle, ciò, che dà al malato la facilità, anche nel camminare, di rilasciare o di ristringere a volontà la sua fascia. Le correggie devono essere elastiche, come le brettelle, affinchè possano allungarsi o scorciarsi, onde prestarsi ai diversi movimenti del malato. Questa fasciatura può essere immediatamente applicata sulla pelle, o sulla camicia, ma è meno incomoda quando è situata sulla pelle.

Quando la procidenza dell'ano non può essere contenuta con questa fasciatura, si può ricorrere ad un'altro mezzo che io ho usato con successo, e che ha

anche talvolta procurata la guarigione della malattia. Questo mezzo consiste a spingere nell' ano una grossa meccia di fila spalmata con cerato. Quando questa meccia è introdotta, si pone sull' ano un grosso piumacciolo di fila e sopra questo una compressa, e si sostiene il tutto con una fasciatura a doppio T.

Il malato deve fare molta attenzione alla scelta dei suoi alimenti, a fine di evitare ugualmente la costipazione e la diarrea. Se malgrado questa attenzione, è costipato, gli si fa prendere di tempo in tempo dei clisteri, gli si raccomanda di tenersi ritto quando va di corpo, di non lasciare per molto tempo l' intestino fuori, e di usare delle lavande fredde.

Se con i mezzi, di cui noi abbiamo parlato finora si giunge a impedire la procidenza del retto, e se i malati prendono tutte le precauzioni, che abbiamo accennate, essi possono vivere con questa infermità, e godere d' altronde di una buona salute. Ma quando è impossibile di contenere il retto, il cercine formato dalla membrana mucosa, che talvolta è sormontato dai tumori emorroidali, si gonfia sempre più, questa membrana diviene fungosa, si esulcera e lascia gemere del pus, e una sierosità acre insieme con una gran quantità di sangue, come abbiamo già detto; pervenuta la malattia a questo grado, se si abbandona a se stessa, rovina la più robusta salute, e fa perire nel marasmo e nel languore. Non si può prevenire questo funesto fine in altro modo che recidendo il tumore, o cauterizzandolo con un ferro infuocato. La recisione si fa col bisturino, o colle cisoie curve nel dorso, asportando una dopo l' altra le due parti del cercine, sollevate prima con un oncinetto, o con un' ansa di filo incerato, che vi si passa a traverso con un' ago, e che si tira a se. Si arresta poi l' emorragia più o meno abbondante, che suole accompagnare questa operazione, collo zaffo nel modo, che abbiamo descritto all' articolo dell' emorroidi. Senza dubbio è stato il timore dell' emorragia, che ha impedito a molti chirurghi di ricorrere a questa operazione, ma molti altri non si sono lasciati imporre da questo timore, ed hanno guarito i loro malati praticandola. Sabatier parla di due individui, che soffrivano di procidenza del retto, uno dei quali era stato obbligato a guardare il letto per otto o dieci anni, e l' altro perdeva ogni giorno due o tre bicchierini di sangue, per cui era ridotto in uno stato di cachessia da far temere per la di lui vita. Ambedue quest' individui furono guariti per mezzo della recisione del tumore formato dalla membrana mucosa; ed io pure ho praticata parecchie volte con successo questa operazione.

Si può ottenere lo stesso risultamento applicando e spasseggiando su tutta la superficie del tumore un ferro infuocato, e ripetendo quest' applicazione a intervalli più o meno lunghi sino alla totale distruzione del tumore. Questo mezzo consigliato dai più antichi autori, è stato specialmente vantato da Marco Aurelio Severini, il quale nel suo entusiasmo per il cauterio attuale, chiama codardi i medici, che gl' impedirono di trattare con questo processo un' individuo della nobil famiglia dei Surgenti, nel qual la procidenza del retto datava da venti anni, e non aveva provato alcun miglioramento dai rimedi di ogni specie, che aveva usati (1). Ecco come egli si esprime su questo particolare. Noi ci serviamo delle proprie espressioni di Teofilo Bonet, suo traduttore. « Avvi a Napoli un gentiluomo della famiglia dei Surgenti, il quale è sottoposto alla procidenza del retto, accompagnata da dolori e da altri gravi accidenti, senza aver potuto risentir alcun sollievo dall' uso dei rimedi. Piaccia al cielo che egli non cada un giorno in una paralisi di questa parte che esce fuori così spesso, o che non divenga livida, o che non si gangreni, atteso specialmente che egli è avanzato in età, che il calor naturale va ogni giorno diminuendo. Io dico questo con dispiacere, perchè lo vedo abbandonato dai nostri medici, come se il rimedio il più efficace di tutti, cioè il fuoco applicato sulla parte, non fosse capace di consumare tutta quella umidità superflua, che è causa del rilasciamento. Io aveva formato il disegno d' intrapendere la guarigione d' un'infermità, che dura da venti anni; ma questa bella occasione mi è stata tolta dai nostri codardi medici. » Malgrado gli elo-

(1) *De Medicin. efficaci exopiryrica. cap.* 95.

gi prodigati da Severini al cauterio attuale per la guarigione della procidenza cronica della membrana mucosa del retto, questo mezzo è stato poco usato; ond' è che non si trova negli autori quasi alcuna osservazione ben dettagliata della cura di questa malattia col fuoco. La seguente, che è stata comunicata a Lassus da Kluyskens, professore di chirurgia e chirurgo in capo dello spedale civile di Gand, è troppo interessante perchè io non debba omotterla. « Un giovane di 22 anni, di un temperamento assai buono, soffriva fino da un' anno di una procidenza del retto con dolorosi tenesmi, evacuazioni alvine sanguigne, e anche di schietto sangue. Le digestioni si facevan male; il tumore era della grossezza del pugno di un' adulto, ed era disseminato di un gran numero di vasi varicosi. Si poteva ridurlo, ma era impossibile di mantenerlo al suo posto, malgrado l' uso di uno zaffo di fila introdotto nell' ano. I clisteri tonici, e calmanti, il vino, la china ed altri rimedi fortificanti furono inutili. Kluyskens ebbe ricorso al cauterio attuale. Egli fece nello spazio di circa sei settimane sette o otto applicazioni del ferro infuocato, di cinque giorni in cinque giorni, su tutta la superficie del tumore, il quale diminuì successivamente di volume, e cessò il tenesmo e l'emorragia. La suppurazione, abbondante in principio, divenne meno considerabile. Ridotto il tumore, fu introdotta nell'ano una tenta di fila spalmata con cerato. Poco a poco l' intestino si ristrinse, le ulceri si cicatrizzarono, e il malato guarì perfettamente nello spazio di due mesi, nè fu più esposto alla procidenza del retto, anche quando andava di corpo con degli sforzi. »

La seconda specie della malattia, di cui si tratta, non è a parlare propriamente una procidenza del retto; essa non ha altro di comune con questa che di dar luogo a un tumore rossastro, molle e prominente fuori dell' ano. Questa malattia consiste nell' invaginazione dell'ileo, del colon, o del principio del retto. La natura di questa affezione è rimasta per lungo sconosciuta. Saviard è stato il primo che abbia sospettato dalla lunghezza del tumore, che non poteva essere formato dal solo retto, e che probabilmente l'intestino colon uscito dall' ano ne formava la maggior parte. Egli aggiunge che fu confermato in questa sua idea dall'osservazione che coloro, che vanno soggetti a queste grandi cadute d' intestino, hanno ordinariamente voglia di vomitare, ciò, che proviene dallo stiragliamento che il cambiamento di situazione del colon fa soffrire allo stomaco per l'intermezzo del grande epiploon. La congettura di Saviard è stata messa in chiaro da molti fatti, e specialmente dal seguente. Un bambino di tre anni e mezzo soffriva quasi continuamente da tre mesi dei dolori di corpo, accompagnati sovente da vomito. Il 16 luglio 1766 fu attaccato da un rovesciamento assai considerabile del retto. Robin avendo conosciuta questa malattia, fece dei tentativi per ridurre l' intestino, ma senza successo, e ne attribuì la causa al volume del tumore, e alle grida ed agli sforzi del bambino. Furono applicate sopra il tumore delle pezze di morbida tela umettate frequentemente col latte tiepido, o coll'acqua di malva, e il giorno dopo ne fu nuovamente tentata la riduzione, ma sempre infruttuosamente. Robin sentiva, mediante l' introduzione del dito, dei corpi estranei straordinari, come dell' escrescenze carnose, o delle materie fecali ammassate. Il vomito continuo era un sintoma che non accompagna ordinariamente la procidenza dell' ano. Fu chiamato un' altro chirurgo, il quale maneggiando il tumore esterno con minore delicatezza, pervenne a farlo rientrare con una violenza, che Robin non avrebbe ardito di usare. Questa violenza non lo lasciava tranquillo sulla sorte del bambino, perchè gli accidenti continuavano, e perchè fu impossibile di amministrargli un clistere a cagione della resistenza, che s' incontrava nel retto al disopra dell' ano. La morte terminò i patimenti del malato il 20 del mese. All' apertura del corpo si trovò che l' intestino retto nella sua parte superiore riceveva nella sua cavità gl' intestini cieco e colon. Questi tre intestini furono staccati, e nell' esaminarli attentamente si vide distintamente l'invaginazione del cieco e della maggior parte del colon nell' estremità inferiore di quest'ultimo, e nella parte superiore del retto. Essa incominciava alla distanza di più di undici pollici dall' ano, e terminava a cinque o sei pollici al disopra. Non

fu possibile di ridurre la porzione che formava l'intususcezione: aveva contratto delle forti aderenze solamente al di fuori e nel luogo della piegatura, ed era libera e fluttuante interiormente (1).

La mobilità della porzione iliaca del colon, e la situazione fissa del retto, favoriscono questa invaginazione, la quale si opera per lo più tutto in un tratto negli sforzi del parto, o nel tempo dell' operazione della pietra, specialmente nei ragazzi che gettano delle forti grida. Talvolta peraltro si effettua poco a poco durante il corso di una febbre verminosa d' una dissenteria, o in conseguenza di una caduta sulle natiche o su i lombi. Il tumore che risulta da questa invaginazione, offre una lunghezza, a cui non giunge mai quello prodotto dalla procidenza della membrana mucosa del retto. Il prolasso di quell' intestino che Saviard sospettò esser formato dall' invaginazione del colon, era lungo un piede. In un caso riportato da Fabrizio d' Acquapendente (2), il tumore aveva la lunghezza dell' antibraccio, e la grossezza di due antibracci riuniti insieme: il malato lo faceva rientrare facilmente da per se stesso. Muralt ha inserito nell' Efemeridi dei curiosi della Natura (3) un fatto analogo, il cui soggetto è la moglie di un fabbro, alla quale sopraggiunse questa malattia nel tempo del travaglio del parto. Haller (4) parla di una donna, il cui intestino colon invaginato nel retto, pendeva fuori dell' ano per la lunghezza di un piede. Si poteva far rientrare facilmente, ma riusciva fuori subito, e la malata ne morì.

Questa specie di tumore è cilindrico, molle, rosso, e geme dalla sua superficie delle mucosità e anche del sangue. La sua estremità inferiore presenta un' apertura rugosa, in cui si può introdurre un dito. La sua estremità superiore, o la sua base, più o meno ristretta, invece di essere unita al cerchio dell' ano, come nella procidenza della membrana mucosa del retto, è solamente contigua ad esso dimodo, che si può far passare uno specillo, oppure un dito fra la circonferenza del tumore ed il retto. Questa circostanza aggiunta al modo, con cui il tumore si è formato e alla sua lunghezza, serve a far distinguere l' invaginazione del colon nel retto, dalla procidenza della membrana mucosa di quest' ultimo. D' altronde la invaginazione del colon nel retto e la sua uscita fuori dell' ano, sono frequentemente precedute e accompagnate da accidenti, che non si osservano nella semplice procidenza della membrana interna del retto. Questi accidenti sono, dolori colici, nausee, vomiti, il tenesmo, e la difficoltà di andar di corpo e di orinare.

I sintomi e il pericolo di questa malattia variano in ragione della prontezza, colla quale si è formata. Quando è comparsa lentamente, rende solamente alquanto incomoda l' escrezione degli escrementi e dell' orina, il tumore esce e rientra facilmente, e il malato può vivere lungamente con questa infermità. Quando poi si forma repentinamente, e che il tumore della lunghezza di un piede e più, comparisce improvvisamente fuori dell' ano per una caduta fatta sulle natiche, o sull' abdome, o nel tempo di un violento sforzo, i sintomi dello strozzamento sopraggiungono rapidamente, e in pochi giorni perisce il malato colla gangrena o senza dell' intestino invaginato. La gangrena del tumore sembra che abbia costantemente recato la morte; per altro sarebbe possibile che in qualche caso, come è stato osservato nella invaginazioni interne, la separazione della porzione gangrenata dell' intestino, non distruggesse la continuità del condotto intestinale, e che il malato si ristabilisse.

In alcuni casi il tumore non discende fuori dell' ano, nè si può conoscere che mediante l'introduzione del dito esploratore nel retto. Il senso di peso, che il malato sente in questa regione e la difficoltà, che prova nell' andar di corpo, sono i segni che ci determinano a fare questo riscontro.

I mezzi, che si devono impiegare contro questa invaginazione variano, secondo che essa si è formata lentamente, o repenti-

(1) *Mem. dell' Accad. di Chir. T.* 11 *p.* 351.
(2) *De Chir. op. C. de an. procid. p.* 583.
(3) *Decad.* 2 *ann. I. obs.* 113 *in Schol.*
(4) *Opus. Pathol. obs.* 33 *p.* 310.

namente. Nel primo caso si respinge il tumore nel retto più profondamente che si può: sarà bene procurare di rendere questa riduzione più completa per mezzo dei clisteri o delle doccie ascendenti: si consiglia al malato di stare nella situazione orizzontale, ed anche di coricarsi in un letto fatto in modo, che il petto sia meno elevato del bacino. Una lunga meccia di fila, un cilindro di gomma elastica spinti profondamente nel retto, possono parimente concorrere a mantenere ridotto l' intestino. Si consiglia poi un regime proprio a prevenire ugualmente la costipazione, e la diarrea.

Se l' invaginazione è accaduta repentinamente, si deve in ugual modo procurare di ridurre prontamente l' intestino, quando l' infiammazione delle parti prolassate non vi metta ostacolo; poichè in tal caso bisogna prima calmare l'infiammazione col salasso dal braccio, coll' applicazione delle mignatte all' ano, colle imbroccazioni e colle fomente ammollienti e anodine ec. Dopo di che si procede a far rientrare l' intestino unendo al taxis, la posizione la più favorevole a questa operazione. Allorchè il tumore è strangolato dal cerchio dell' ano, se i mezzi, di cui ho parlato non bastano per far cessare l' incarceramento, e se gli accidenti sono urgenti s' inciderà l' ano da una parte con un bisturino, e quindi si procederà alla riduzione. Ma nel maggior numero dei casi questa riduzione è incompleta: il tumore esterno è respinto nel retto, ma l' invaginazione esiste internamente e con essa esistono tutti i sintomi dello strozzamento, a cui soccombe il malato, come si è visto in una osservazione riportata qui sopra.

ARTICOLO V.

Degli ascessi al margine dell'ano.

Gli ascessi al margine dell'ano sono frequentissimi: la gran quantità di tessuto cellulare molle, che circonda l'estremità inferiore del retto, la stessa natura delle funzioni dell' ano, l' ostacolo che recano alla circolazione le materie fecali accumulate nell' intestino, tutte quelle cause che concorrono a produrre l'emorroidi, e l'irritazione che determinano questi stessi tumori, sono altrettante circostanze proprie a dar luogo alla formazione di questi ascessi, e a spiegarne la frequenza.

Gli ascessi dell' ano sono stati distinti in grandi o gangrenosi, in medi o flemmonosi, e in piccoli o tubercolosi. Ma giova osservare che questa distinzione non è fondata sulla natura di questi ascessi, ma bensì sull'estensione e l'intensità dell'infiammazione, che gli produce.

— *Ascessi gangrenosi*. I grandi ascessi del margine dell'ano si gangrenano spessissimo. Talvolta si sviluppano spontaneamente, ed altre volte riconoscono per causa una contusione, o la perforazione del retto operata da un corpo estraneo, il quale dopo di avere percorso tutta la lunghezza del condotto intestinale ed essere pervenuto nel retto, si è impegnato nelle tuniche di questo intestino. Questi ascessi occupano raramente tutto il contorno dell'ano, ma quasi sempre sono limitati ad una sola parte, estendendosi per altro assai nel tessuto cellulare della corrispondente natica. La tumefazione considerabile, il rossore livido della pelle, la cedevolezza delle carni sotto la pressione delle dita, caratterizzano questi vasti depositi, su cui si vedono quasi sempre formarsi una o parecchie escare, nelle quali penetra senza resistenza uno specillo.

L'apertura di questi ascessi dev' essere fatta a pena che il tumore incomincia ad ammollirsi e che presenta della fluttuazione nella sua parte media. Questo è il solo mezzo di arrestarne i progressi, poichè i più energici antiflogistici sarebbero insufficienti per frenare il loro rapido corso.

— Gli ascessi mediocri o *flemmonosi*, si dichiarano talvolta sul finire di una malattia acuta, di cui sembrano essere la crise. Il più di sovente sopraggiungono nelle persone sane, e senza alcuna causa, a cui si possano attribuire.

S' incomincia dallo scorgere nei lati dell'ano un tumore circoscritto, profondo, la cui base si perde nella cellulare: questo tumore è accompagnato da calore, da dolore, e la pelle, che lo copre non tarda a divenir rossa. L'escrezione delle fecce, e talvolta anche quella dell'orina diviene laboriosa o impossibile, e un movimento febbrile più o meno violento, secondo l'intensità dei sintomi locali, si aggiunge a questi ultimi. L'uso dei mezzi antiflo-

gistici non previene la suppurazione, che è la costante terminazione dell'ingorgo infiammatorio del tessuto cellulare, che circonda l'estremità inferiore del retto. Se, come è stato osservato in qualche raro caso, si opera la risoluzione, essa è incompleta, e rimane quasi sempre un nucleo d'argento, che si può riguardare come il germe di un nuovo tumore, che finirà presto o tardi per suppurare.

Negli ascessi che si formano al margine dell'ano, il pus si scava, per così dire, un focolare, che ha per pareti internamente il retto, esternamente la corrispondente parete del bacino, in alto il muscolo elevatore dell'ano, e in basso i tegumenti. Allorchè si aprono questi ascessi, si trova l'intestino denudato e come assottigliato dall'umore purulento, in cui si è fuso il molle tessuto cellulare, che lo circonda. Questa denudazione si estende più o meno in alto, secondo la grandezza dell'ascesso; talvolta si trova l'intestino traforato. È questione se in questi casi la perforazione del retto è anteriore all'ascesso, o se l'ascesso è la conseguenza dell'infiltrazione delle materie stercorali nel tessuto cellulare, oppure se questa perforazione è posteriore all'ascesso, e prodotta da quest'ascesso medesimo. La maggior parte degli autori hanno riguardato gli ascessi del margine dell'ano come posteriori alla perforazione dell'intestino; ma questa perforazione non può essere considerata come una condizione necessaria alla formazione del tumore: noi aggiungeremo ancora che nei casi, nei quali un corpo estraneo impiantato nelle tuniche del retto, è la causa degli accidenti, che sopraggiungono, non è già alla perforazione dell'intestino che dobbiamo attribuire questi accidenti, ma alla stessa presenza del corpo estraneo, che irrita le parti, nelle quali si è impegnato nella stessa maniera, che una spina fitta in un dito diviene la causa di un panereccio.

Conviene aprire sollecitamente gli ascessi flemmonosi dell'ano come quelli gangrenosi, onde prevenire la loro illimitata estensione, e i danni che potrebbe occasionare il pus in un luogo abbondantemente provvisto di pingue tessuto cellulare. Tutti i pratici convengono che gli ascessi di una certa estensione al margine dell'ano, devono essere prontamente aperti e prima che la fluttuazione vi apparisca molto sensibile, ma non sono però d'accordo sul modo di aprirli. Alcuni vogliono che si limiti il taglio a una semplice incisione dei tegumenti; altri raccomandano di tagliare l'intestino retto, e di asportarne ancora una parte, allorchè è estremamente assottigliato. Gli ultimi fondano il loro precetto sull'impossibilità di ottenere la completa riunione delle parti, sul pericolo delle fistole consecutive, e sull'inconveniente di praticare due operazioni, in vece di una. Ma troppe sono le ragioni, che militano in favore dell'opposto metodo, perchè meriti di esser preferito. Facendo una semplice incisione per dare esito al pus, si evita talvolta il taglio del retto, che non è sempre necessario, ed in tali casi seguendo l'altro metodo, si sarebbe fatta, senza necessità, un'operazione, che può dar luogo a degli accidenti. Questa incisione del retto praticata su tutta la sua porzione denudata, non è priva di pericolo, ed il più di sovente non è indispensabile, poichè quasi sempre la perforazione dell'intestino è vicina all'ano, e la denudazione si estende a parecchi pollici al di sopra. Si aggiunga ancora, che questa incisione non previene costantemente le fistole consecutive; e uno ne resta persuaso riflettendo, che in un gran numero di casi l'incisione non comprende il luogo della perforazione, e che allora la consolidazione dell'intestino può essere incompleta; ond'è che questo metodo non ci offre dunque l'assoluta sicurezza di non dovere ricorrere a una seconda operazione. Se, in conseguenza di una semplice incisione rimane una fistola, l'operazione necessaria per guarirla, si fa con una perfetta cognizione dell'estensione e della direzione che conviene dare alle incisioni: vi saranno, come ha detto Foubert, meno parti da tagliare e da asportare; la riunione delle pareti dell'ascesso sarà già compita, e indicherà precisamente quali sono le parti, che si devono attaccare; non si rischia allora di dividere inutilmente delle parti sane, e di non comprendere nella incisione quelle, che devono essere divise. L'apertura dell'ascesso e l'incisione consecutiva del retto sono, per verità, due operazioni, ma sono peraltro due semplicissime operazioni e di molta minor conseguenza delle grandi incisioni, che si

fanno seguendo il metodo, che noi combattiamo. Finalmente aggiungeremo che in alcuni casi di ascesso al margine dell'ano, avvi, conforme ne riporta parecchi esempi Foubert, e come molti pratici hanno avuto occasione di osservare, avvi io diceva, perforazione non del retto, ma del canale dell' uretra. Si può giudicare quanto poco sarebbe razionale in simili circostanze l'incisione dell'intestino. Concludo dunque, che limitandosi alla semplice apertura dell'ascesso, la natura opera la riunione di tutte le parti, che ne sono suscettibili, e se resta una fistola, essa avrà la minore estensione possibile, che l'operazione necessaria per guarirla sarà semplice, poco dolorosa, e di un sicuro successo. Del resto, per mettere al coperto la sua riputazione, il chirurgo deve prevenire il malato, o le persone che lo circondano, che può darsi che rimanga una fistola, e ne farà conoscere le ragioni. Noi crediamo per altro che vi sono dei casi, nei quali bisogna incidere il retto malato, come allorquando l'ascesso ha una piccola estensione, o che le tuniche dell'intestino sono alterate, di già rotte, o che esse si strappano sotto il dito introdotto nella cavità dell'ascesso.

L' apertura degli ascessi flemmonosi e gangrenosi, deve esser fatta nel seguente modo: si fa situare il paziente sul lato della malattia, colla coscia corrispondente stesa, e coll' altra piegata; quindi s' immerge obliquamente un bisturino appuntato in una dell'estremità del tumore, e spingendolo verso l'altra estremità, si fa un'incisione sufficientemente estesa perchè il pus ne scoli liberamente. Questa incisione deve essere parallela all'ano, cioè, diretta di dietro in avanti, perchè è quasi sempre in questo senso che il tumore presenta il suo gran diametro. Fatta l'incisione, si porta il dito indice della mano sinistra nel focolare, a fine di assicurarsi dello stato dell'intestino e dell'estensione dell' ascesso, e dietro questo riscontro si decide se conviene di spingere l'incisione fino all'estremità del deposito, od anche di darle la figura di un T, tagliando il suo labbro esterno per un'estensione proporzionata al distacco della pelle. Terminata l'operazione, si riempie mollemente di fila la piaga, su cui si mettono delle compresse, che si mantengono in sito colla fasciatura a doppio T. Poscia si seguita a medicare la piaga con un piumacciolo spalmato di cerato.

Allorchè il malato non rimane esposto alla fistola, la piaga si cicatrizza nello spazio di sei settimane o di due mesi. Nel caso contrario la piaga si riduce a una piccolissima estensione, e quindi rimane stazionaria. Se a quest'epoca si specilla, il ferro penetra a una profondità più, o meno grande, dirigendosi verso il retto. Il dito indice introdotto nel tempo stesso in questo intestino, ci fa conoscere se avvi perforazione, o semplicemente denudazione, e allora si giudica, dietro lo stato generale del soggetto e la disposizione delle parti malate, se conviene procedere all'operazione della fistola, o differirla. In generale, non dobbiamo determinarci a praticare questa operazione, che allorquando siamo certi che la malattia non può guarire con altri mezzi. Quanti malati non si sono eglino veduti, nei quali l'operazione della fistola sarebbe stata praticata inutilmente, se ci fossero stati prontamente sottoposti, essendo essi guariti senza tale operazione? È specialmente nei casi, nei quali la fistola ascende molto in alto lungo l'intestino senza comunicare colla sua cavità, e che il malato è molto dimagrato, che non dobbiamo affrettarci a farne l' operazione, poichè si è veduto sovente in tali casi guarire la fistola naturalmente nel tornare il malato a ingrassare. Tra un certo numero di esempi di questa guarigione spontanea, noi ci limiteremo a riportarne uno, che ci è sembrato molto rimarcabile. Il Signore ... di alta statura, piuttosto grasso, soffriva da circa sei mesi nell'escavazione del bacino un dolore sordo e profondo, il quale cresceva allorchè egli orinava o andava di corpo. Nè per mezzo del più scrupoloso esame nei contorni dell' ano, nè coll'introduzione del dito esploratore nel retto, si poteva arrivare a conoscere la causa, a cui si potesse attribuire questo dolore. Tutto in un tratto sopraggiunse all' ano un' ingorgo pastoso, in cui rimaneva l' impressione del dito, ma senza cambiamento di colore nella pelle. Vi furono applicati sopra dei cataplasmi, e in capo a tre giorni si manifestò una profonda fluttuazione nei lati dell' ano. Io feci a destra ed a sinistra un' incisione proporzionata al volume del tumore, e ne scaturì una prodigiosa quantità di fe-

tido pus. Sei settimane dopo, le piaghe essendo ridotte ad una piccolissima estensione, v' introdussi uno specillo, il quale penetrò a una profondità maggiore di quattro pollici lungo l' intestino, che era denudato senza perforazione. L' estensione di queste fistole congiunta al dimagramento del malato, mi fecero rinunziare alla idea, che mi era venuta d' incidere l' intestino a destra ed a sinistra. Io pensai che le fistole potessero guarire naturalmente, se il malato tornasse a rimettersi in carne. A tal fine lo consigliai di andare a respirare l'aria nativa, e di usare un regime analettico, e la mia speranza non rimase delusa. Sei mesi dopo il malato ritornò a Parigi colle fistole cicatrizzate ed in perfetto stato di salute. Ebbi occasione di rivederlo qualche anno dopo, e seguitava sempre a star bene.

— Gli *ascessi tubercolosi*, o tubercoli suppurati del margine dell'ano, dipendono quasi sempre dalla perforazione dell' intestino retto, cagionata dall'infiammazione di un'emorroide interna. Questa perforazione assai piccola e vicinissima all'ano, lascia trasudare le umidità stercorali nel tessuto cellulare, che circonda l'intestino al di sopra dello sfintere esterno, da cui ne nasce l'irritazione che produce il tubercolo infiammatorio. In molti casi il tubercolo è così poco dolente, che i malati credono soffrire solamente d'emorroidi, e non reclamano i soccorsi dell'arte. Frattanto il tumore si apre, e ne scaturisce un pus sanguinolento, che macchia le vesti, e allora consultato il chirurgo, egli scorge presso dell'ano una piccola apertura nel contorno della quale la pelle è brunastra e assottigliata, e introducendovi lo specillo, vi penetra profondamente dirigendosi lungo l' intestino. Talvolta questa apertura si chiude, si abolisce il seno fistoloso, e la guarigione è completa e durevole; ma il più di sovente resta la fistola.

La condotta, che deve tenersi nella cura di questi ascessi tubercolosi non è la stessa che nei casi, ove l'infiammazione è molto estesa, mentre in tali circostanze conviene aprire il tumore, ed in questi ascessi si deve ricorrere ai rimedi propri a promuoverne la suppurazione; perciò si copre il tubercolo col cerotto diachilon gommoso, o coll'unguento della matre, se è piccolissimo; ma quando è piuttosto voluminoso e che il suo corso è acuto, si preferisce un cataplasma di farina di semi di lino e di acqua di malva, e si abbandona alla natura l'espulsione del pus, applicando sull'apertura dell'ascesso un piumacciolo di fila spalmato di cerato. Se rimane la fistola, non dobbiamo risolverci ad operarla che dopo avere aspettato molto tempo, per essere certi che la coalizione delle parti non poteva aver luogo senza di questa operazione.

ARTICOLO VI.

Delle fistole dell' ano.

Le fistole all' ano succedono costantemente a un ascesso, che si forma nelle vicinanze di questa parte. Queste fistole sono di due specie; cioè, le fistole stercorali, e le fistole non stercorali. Nelle prime avvi perforazione del retto, e semplice denudazione dell'intestino nelle seconde. Le fistole stercorali sono state suddivise in complete, e in incomplete. Si dicono complete, quando hanno due orifizi, l'uno esterno nelle vicinanze dell'ano e l'altro interno nell'intestino. Sono poi incomplete allorchè non hanno che il solo orifizio interno nel retto, e queste sono le fistole, che per lungo tempo sono state chiamate nelle scuole fistole cieche e interne, e si dava il nome di cieche e esterne alle fistole non stercorali, nelle quali l'intestino non è forato.

Parecchi autori, fra i quali se ne conta alcuni, la cui autorità è di un gran peso in chirurgia, hanno revocato in dubbio l'esistenza di questa ultima specie di fistole. Secondo loro un' ascesso al margine dell'ano, senza perforazione dell'intestino, non può giammai degenerare in fistola, e deve sempre guarire come gli ascessi delle altre parti, allorchè è convenientemente aperto. Essi soggiungono ancora che in tutte le fistole dell'ano, vi è un'orifizio interno, e che se in qualche caso non è stato osservato, ciò è dipeso dalla sua piccolezza, che non ha permesso il passaggio allo specillo. Io sono stato per lungo tempo di questa opinione, e lo sarei tuttora, se l'osservazione non mi avesse dimostrato il contrario in un gran numero di fistole, che ho curate, nelle quali non ho potuto trovare l'orifizio interno, e che sono

guarite mediante l'incisione del retto: potrei supporre che l'orifizio fistoloso interno, rimasto in uno dei margini dell'incisione dell'intestino, non abbia messo ostacolo alla guarigione, nè dato luogo alla recidiva della fistola; ma avendo avuta l'occasione di aprire i cadaveri di parecchie persone morte con una fistola all'ano, mi sono convinto che in alcune di esse, la fistola non aveva alcuna comunicazione colla cavità dell'intestino. Ond'è che l'esistenza della fistola cieca esterna è per me una cosa dimostrata. Se si domandasse per qual cagione gli ascessi del margine dell'ano, senza perforazione dell'intestino, degenerano così sovente in fistola, mentre gli ascessi delle altre parti non terminano in tal maniera, risponderei che si può trovare la ragione di questa differenza nella disposizione anatomica delle parti. Quivi, in fatti, le pareti dell'ascesso sono formate esternamente dal bacino, che non può ravvicinarsi al retto, ed internamente da questo intestino, che tende sempre ad allontanarsi dal bacino per causa della contrazione delle sue fibre muscolari. L'accumulamento delle materie fecali nel retto potrebbe, per vero dire, nel distendere le pareti di questo intestino, ravvicinarle alla corrispondente parete del bacino e favorire la loro riunione; ma questa distensione del retto non è che momentanea, poichè il bisogno di rendere le feccie si fa ben tosto sentire, e le pareti dell'ascesso si scostano di nuovo. Finalmente, quando la malattia dura da qualche tempo, le pareti della fistola divengono fungose, e questa disposizione mette un ostacolo alla guarigione. Non vi è qui d'altronde neppure la risorsa della compressione espulsiva, che s'impiega così utilmente negli altri differenti ascessi. Queste cause mi sembrano si proprie a produrre la fistola, che io rimango sorpreso come non nasca sempre in conseguenza di tutti gli ascessi al margine dell'ano. Del rimanente, l'osservazione insegna, che le fistole sono tanto più frequenti, quanto più gli ascessi sono vasti, e che il retto è per conseguenza denudato per una maggiore estensione. Noi ammettiamo dunque tre specie di fistole all'ano: la fistola stercorale completa, l'incompleta, e la fistola non stercorale.

La fistola stercorale completa si presenta sotto varie forme, in ragione delle quali ha ricevuto dei nomi particolari. Si dice fistola semplice quella, che non ha che un solo orifizio alla pelle; fistola composta quella, che presenta più orifizi esterni e più seni, che vanno a terminare in un solo orifizio interno; fistola complicata, quella che è accompagnata da callosità, da distacco della pelle per un'estensione più, o meno grande, dalla carie del coccige o del sacro; fistola doppia quella, che accompagna un'altra fistola, situata ordinariamente nel lato opposto.

Ecco quali sono i segni delle fistole stercorali complete: havvi uno scolo abituale presso dell'ano; vi si scorgono una o più aperture che si sono formate in conseguenza dell'ascesso. Allorchè si comprimono le parti vicine, esce da queste aperture un'umore purulento o sanioso, e talvolta delle materie fecali sciolte, dell'aria, o dei vermi ascaridi o lombricoidi. Se, dopo aver fatto coricare il malato per parte, s'introduce nell'apertura cutanea della fistola uno specillo, vi penetra più o meno profondamente e si avvicina al retto. Se nel tempo stesso s'introduce nell'intestino il dito indice spalmato con qualche corpo grasso, v'incontra a nudo lo specillo, che è penetrato nel retto, o si distingue a traverso le pareti assottigliate e denudate di questo intestino; poichè è necessario di osservare, che qualche volta lo specillo non può penetrare nel retto, sia perchè l'apertura interna della fistola è strettissima, sia perchè il seno che conduce in detto intestino è tortuoso. Siccome è importante di verificare la perforazione del retto e di conoscere il luogo di questa perforazione, vi si può fare per alcuni giorni delle iniezioni d'acqua tiepida a fine di dilatare poco a poco la fistola; con tali iniezioni si conosce meglio il numero delle sue aperture e delle sue sinuosità, e questa cognizione è importante per l'operazione.

In alcuni casi sono state prese per fistole del retto, le fistole orinarie, il cui orifizio esterno era vicino all'ano. Un tal errore può avere conseguenze gravissime, ed è necessario perciò non solo di avvertirne, ma indicare ancora i segni, coll'aiuto dei quali si può evitare di cadervi.

Le fistole orinarie versano un pus poco consistente, che esala un' odore orinoso e che macchia in bianco la biancheria del malato, mentre che le fistole stercorali somministrano un liquido di un colore pendente sempre al bruno, almeno per intervalli. Gli orifizi delle fistole orinarie sono ordinariamente piccoli, e callosi, una specie di corda, distinta a traverso i tegumenti, indica il loro tragitto, e si dirige verso il perineo invece di portarsi verso il retto. Ma i principali segni di queste fistole sono: 1.° di somministrare una più abbondante quantità di liquido al momento dell' espulsione dell' orina; 2.° di essere state precedute o accompagnate da difficoltà nell' escrezione di questo liquido; 3.° di essere congiunte a una dolorosa sensazione in un punto del canale dell' uretra in ciascuna evacuazione dell' orina, la qual sensazione è prodotta dal passaggio di una certa quantità d' orina nella fistola per il suo orifizio interno.

Le fistole stercorali complete non sono suscettibili di guarire spontaneamente; ma nel maggior numero dei casi possono essere trattate con successo con i mezzi chirurgici, giacchè si riguardano come incurabili solamente quando il loro orifizio si trova a una tal distanza dall'ano, che il dito esploratore non può arrivarlo, o pure quando i loro orifizi e le loro sinuosità sono numerosissimi e sono disposti come un' annaffiatoio, per servirmi del termine usato; fuori di questi casi la guarigione non è impossibile, e dev' esser tentata, se lo stato generale del soggetto non vi si oppone. Havvi, infatti, qualche caso, in cui non si può sperare la cicatrizzazione della piaga a causa del deperimento del malato, e ve ne sono altri ancora, nei quali la soppressione dello scolo purulento, che si effettua per la via della fistola, potrebbe accelerare il corso di un' altra affezione, che è necessario di rallentare più che è possibile, come nel caso di fistola all' ano nei tisici, la cui guarigione è sembrato che abbia affrettato i progressi della malattia dei polmoni, malgrado che siasi procurato di supplire alla suppurazione, che aveva luogo per la via della fistola, per mezzo dei cauteri. Talvolta la fistola è congiunta con altre malattie, come col cancro del retto.

La fistola stercorale incompleta, o cieca e interna, non ha, come abbiamo già detto, che un solo orifizio, il quale è interno. Ecco i segni, ai quali si riconosce quest' affezione. Il malato rende del pus per l' ano nel momento, che va di corpo; questo pus ricopre gli escrementi senza essere mescolato con essi. La defecazione è accompagnata da dolore, e la compressione esercitata dal dito esternamente sull' ano, o sul retto, ci risveglia una penosa sensazione. Il colore della pelle è sovente alterato nel luogo, che corrisponde al male, ov' è livida, e dura. Se s'introduce il dito esploratore nel retto, vi si sentono delle ineguaglianze, che non sono naturali, e che indicano il luogo dell' apertura interna della fistola, che raramente è lontana dall' ano. Questa fistola ha ancora dei segni commemorativi: essa succede a un tumore infiammatorio, il quale fermatosi presso dell' ano, si è vuotato per il retto, ed ha dato luogo a uno scolo abituale di pus.

Molti mezzi sono stati proposti per la guarigione delle fistole stercorali complete e incomplete: i principali sono le iniezioni, le supposte medicate, i caustici, la legatura, l' estirpazione e l' incisione.

L' iniezioni sono state raramente consigliate dalla gente dell' arte come metodo curativo. Dionis narra che all'epoca, in cui Luigi XIV fu attacato da una fistola all' ano, parecchi malati furono mandati ai bagni di Barege, ove furono curati colle iniezioni di quell' acque solfuree senza il minimo successo. L' istesso risultamento si ottenne delle acque di Bourbon.

Le supposte medicate non possono convenire che in un piccolo numero di casi, come nelle fistole recenti e superficiali: ed anche in queste vi sono poi dei rimedi più sicuri, più efficaci, e per conseguenza preferibili alle supposte.

I caustici sono stati usati dagli antichi. Ippocrate gli ha raccomandati, ed ha descritto il modo di servirsene. Esso si serviva di uno stuello di tela imbevuta del sugo del gran titimalo, e imbrattato di verde rame. Altri hanno usato nella stessa maniera degli unguenti corrosivi. Sabatier era di parere, che se delle circostanze particolari o la volontà del malato avessero indotto il chirurgo ad usare questi rimedi, egli dovrebbe incominciare

dall' introdurre nell' orifizio esterno della fistola un trocisco di minio, o qualche altro escarotico. Il trocisco dovrebbe essere levato dopo dodici o quindici ore, e quando l' escara fosse caduta, dovrebbero introdursi successivamente altri trocisci; guarnendo di fila la parte corrispondente alla natica, e avvicinandosi sempre più all' ano, si arriverebbe a distruggere la parete della fistola formata dal retto.

L' estirpazione delle pareti della fistola è un metodo, che è stato molto preconizzato dai chirurghi di questi ultimi secoli. Esso consiste nell' asportare col bisturino tutte le callosità, che formano le pareti della fistola, e tutte le sue sinuosità. Ma questa operazione produce una piaga così vasta e degli accidenti così gravi, che è stata intieramente abbandonata. Alcuni chirurghi consigliano ancora di ricorrervi nelle fistole complicatissime; ma nei casi, in cui il male è giunto a un così alto grado, è meglio astenersi da qualunque operazione, piuttosto che compromettere la vita del malato, nell' incerta speranza di liberarlo da una infermità, colla quale può vivere lunghissimo tempo. L' estirpazione si praticava nel seguente modo: s' introduceva una tenta d' argento lunga e flessibile nell' orifizio esterno della fistola, e si spingeva nel retto: col dito indice portato in questo intestino si curvava la tenta in modo da ricondurla fuori e da farle fare un' ansa, attorno della quale si conduceva il bisturino a fine di estirpare tutte le parti comprese nell' ansa medesima della tenta. Si palpava poscia col dito tutta la superficie di questa vasta piaga, e se vi si trovava qualche durezza, si asportava anch' essa.

La legatura e l' incisione sono i due soli mezzi, di cui ci serviamo al presente. Benchè l' incisione sia preferibile in ogni caso, vi sono peraltro delle circostanze, nelle quali la pusillanimità del malato obbliga il chirurgo ad usare la legatura.

La legatura è stata consigliata da Ippocrate e da Celso, e si è successivamente fatto uso di fili di canapa, di seta, di crino, e di piombo. Foubert si serviva di questo metallo, che l' introduceva coll' aiuto di una sonda di argento fatta presso a poco come un lardatoio. Egli operava nel seguente modo: situato il malato sull' orlo di una tavola, colle gambe sollevate e alquanto discoste, faceva tenere le natiche dilatate da uno aiuto: e introduceva nell' orifizio esterno della fistola la sonda per la sua estremità più sottile, guarnita del filo di piombo: quindi portava il dito nel retto, e continuava a spingere la sonda nell' orifizio fistoloso, e poscia piegava la sua estremità e la riconduceva verso l' ano insieme col filo di piombo, cui serviva di guida. Preso questo filo, ne rapprossimava le due estremità e le avvolgeva insieme, venendo così ad esercitare una costrizione sulle parti comprese nel filo, che egli aumentava progressivamente. Il filo di piombo era esternamente inviluppato nel cotone cardato, o nelle fila, specialmente quando se ne serviva nelle persone grasse. A misura che l' ansa si avvicinava ai tegumenti, il fondo della fistola si cicatrizzava, di modo che la cura n' era completa allorchè il filo aveva terminata la sezione; o se vi rimaneva una piaga, essa non esigeva che una cura semplice.

A questo metodo, che oltre ad essere sovente difficile ad eseguirsi, è ancora accompagnato da vivissimi dolori quando l' orifizio interno è situato a una certa distanza dall'ano, Desault ha proposto di sostituirvene un' altro, che spesso gli è riuscito. Per operare il malato secondo questo metodo, egli dev' essere coricato sul lato della fistola, colle natiche tenute discoste: il chirurgo introduce nel retto il dito indice sinistro, nel tempo che colla mano destra insinua nell' apertura esterna della fistola uno specillo, che spinge dolcemente fino nel retto. Su questo specillo vi dirige una cannula, che l'abbraccia esattamente e che da esso è guidata nel retto, e allora ritira lo specillo. Se l'orifizio interno è vicino all'ano, il filo di piombo insinuato nella cannula, può esser preso colle dita e tirato fuori, ma se n'è lontano, bisogna prendere il filo con una pinzetta, corredata di un'apertura, in cui esso s'impegna. Il filo di piombo scorrendo nella cannula non cagiona quei dolori, che produce necessariamente la sonda flessibile in tutto il tragitto fistoloso, allorchè si piega per farla uscir fuori. Se lo specillo non penetra nell' orifizio interno, e che non

trovi l'intestino che denudato, Desault ha proposto di sostituirvi un piccolo tre-quarti, con cui si fora il retto. In vece di attorcigliare insieme i due capi del filo di piombo, questo chirurgo gli faceva passare per un tubo d'argento schiacciato, largo due linee e lungo un mezzo pollice, e intaccato in ciascun lato della sua estremità inferiore. L'estremità di questa cannula devono essere molto ottuse, affinchè non taglino la legatura. Allorchè i due capi del filo erano introdotti nella cannula, Desault la spingeva fino all'apertura esterna della fistola, passava i capi del filo nell'intaccature, ciascuno dal suo lato corrispondente, gli ripiegava, e gli tagliava alla lunghezza di una linea e mezzo. Finalmente egli applicava su i due lati dei piccoli stuelli di fila, per garantire le parti vicine.

L' incisione è in ogni caso preferibile agli altri metodi. Quest' operazione consiste nel taglio di tutte le parti comprese fra il tragitto fistoloso, l' intestino e l' ano inclusivamente. Vi si prepara il malato mettendolo a dieta per due o tre giorni prima, e prescrivendogli nella mattina alcune tazze di brodo di pollo o di vitella, e un clistere la vigilia del giorno dell' operazione, che si ripete qualche ora prima di eseguirla.

Sono stati inventati moltissimi strumenti per fare questa operazione; ma quelli generalmente in uso al presente sono; 1.° un bisturino retto, la cui punta dev' essere molto solida, affinchè non si rompa nel percorrere la slargatura del gorgeret, nella quale s' impianta sempre un poco. È cosa ben fatta di avere dei bisturini di differente lunghezza destinati a questa operazione, perchè s' incontrano dei casi, nei quali è indispensabile un bisturino più lungo degli ordinari; 2.° una sonda solcata d' argento o d' acciaro senza cul di sacco, e un' altra sonda solcata di argento, sottile e pieghevole; 3.° un gorgeret d' ebano o di bossolo per servire di punto d' appoggio al bisturino e garantire le parti vicine. Questo gorgeret è concavo da un lato, convesso dall'altro, lungo sette pollici e largo sette in otto linee. La sua doccia ha tre linee di profondità; una delle sue estremità è rotonda, e forma un culo di sacco simile a quello di una tenta scanalata: la doccia non si estende fino all' altra estremità, la quale è piana dal lato della doccia medesima per l' estensione di un pollice e mezzo, ciò, che rende migliore la presa di questo strumento. Oltre questi strumenti, bisogna aver poi una pinzetta da dissezione, dei fili incerati, un porta-meccia, del cerotto, una meccia di fila, degli stuelli, dei piumaccioli, parecchie compresse lunghe e una fascia a doppio T.

Il malato deve essere coricato sulla sponda del suo letto e tenuto da degli assistenti, come per l' apertura di un'accesso all' ano, o per la recisione dei tumori emorroidali. Allorchè l' orifizio interno della fistola è vicinissimo all' ano, si può impiegare il seguente metodo. Si introduce la sonda solcata sottile e flessibile nell' orifizio esterno della fistola, e si porta nel tempo stesso il dito indice della mano sinistra nel retto. Allorchè l' estremità della sonda è arrivata presso le tuniche di questo intestino, si cerca l' orifizio interno della fistola, si traversa, e si spinge l' estremità della sonda, piegandola, fuori dell' ano; dopo di che si fa percorrere alla punta del bisturino il solco della sonda, e si tagliano tutte le parti che s' incontrano lungo il solco, cioè, la pelle, l' intestino e l' ano.

Ma quando l' orifizio interno della fistola è molto distante dall' ano, non si può ricondurre l' estremità della sonda fuori di questa apertura, senza produrre delle divulsioni e delle lacerazioni più o meno grandi e dolorosissime. In tali casi bisogna servirsi del gorgeret. S' introduce nella fistola la sonda solcata senza cul di sacco, col dito indice della mano sinistra portato nell' intestino, si sente se la sua estremità ne ha traversato l' orifizio interno; quindi si ritira questo dito, per introdurre in suo luogo il gorgeret, avendo prima spalmata la sua parte convessa con qualche corpo grasso, e avvertendo che la sua parte solcata corrisponda al lato della fistola, che dev' essere incisa. S' insinua l' estremità della sonda in questo solco, e dopo aver fatto scorrere questi due strumenti l' uno sull' altro per sentire se si toccano immediatamente, si confida il gorgeret a un aiuto, che deve tirarlo fortemente, inclinandolo dal lato della natica. Allora il chirurgo conduce lungo il solco della sonda, che tiene egli stesso, la lama del bisturino e l' affonda fino al gorgeret, ove essendo per-

venuta, le parti che devono essere tagliate si trovano comprese fra questi due strumenti. Per incidere poi queste parti il chirurgo inclina tosto un poco il bisturino verso il gorgeret a fine il fare agire nel tempo stesso il suo tagliente e la punta, e in modo che venga a segare le parti, piuttosto che comprimerle. Egli tira il bisturino a se, senza abbandonare il gorgeret, e divide così nel modo il più regolare tutte le parti, che si offrono al tagliente del bisturino. Allorchè queste parti sono recise, la cavità fistolosa e quella del retto non ne forma più che una sola. Il chirurgo si assicura che la recisione n' è stata completa, allorchè ritirando insieme la sonda e il gorgeret, questi due strumenti vengono fuori senza cessare di essere a immediato contatto fra loro. Se qualche porzione che non è stata recisa gli arresta, egli introduce il bisturino nel solco della sonda, l' affonda fino al gorgeret, e nel ritirarlo fuori senza abbandonare lo strumento, taglia tutto ciò che vi è rimasto d' intatto, nella stessa direzione della prima incisione.

Se la fistola è semplice, è bastante la incisione di tutto il seno fistoloso, prolungandola un poco verso la natica. Se la pelle è staccata più o meno estesamente, bisogna non solo reciderla, ma asportarla ancora, a fine di appianare la piaga. La conservazione della pelle staccata, anche quando non è assottigliata, renderebbe la guarigione della piaga lunga e difficile, e forse impossibile, di modo che si sarebbe obbligati di asportarla in seguito, ciò che potrebbe far credere che l' operazione non fosse stata bene eseguita. Allorchè l' intestino è denudato al di sopra del luogo, ov' egli è forato, bisogna, dopo reciso il seno fistoloso, inciderne la porzione staccata con le cisoie, che s'introducono nell' intestino colla guida del dito indice. Se non si tagliasse la porzione denudata del retto, vi sarebbe da temere che potesse opporsi alla guarigione dell' interno della piaga, o anche che desse luogo alla recidiva della malattia. Quando la fistola ha più segni, che tutti metton foce in un orifizio comune, si devono incidere un dopo l' altro collo stesso metodo. Può essere in tali casi necessario di asportare la porzione della pelle, che gli separa, secondo lo stato della pelle medesima, dietro di cui particolarmente il chirurgo prende la sua risoluzione. Quando è assottigliata, alterata o staccata, bisogna asportarla, e si conserva al contrario, allorchè sembra che non possa ritardare o impedire la cicatrizzazione della piaga.

Se ci sono delle callosità nel tragitto fistoloso, è raramente necessario di asportarle o di distruggerle; basta farvi delle scarificazioni in differenti sensi e la suppurazione successiva le distrugge.

Se la fistola fosse così stretta che la sonda, quantunque sottilissima non vi potesse penetrare, o percorrerne tutta l' estensione, bisognerebbe dilatarla per mezzo di corpi suscettibili di gonfiarsi, o con i caustici.

Si rileva pertanto da quanto abbiamo detto finora che l' operazione della fistola all' ano non consiste sempre, come dicono molti autori, nella semplice incisione del seno fistoloso, ma che questa operazione deve essere modificata secondo lo stato della malattia. Noi dobbiamo ancora aggiungere che prima di farne la medicatura, si devono fare tutte le necessarie ricerche per assicurarsi se havvi qualche seno nascosto, il quale si opporrebbe alla guarigione della piaga, e renderebbe in seguito necessaria una nuova operazione, Queste indagini sono specialmente indispensabili allorchè la fistola è stata preceduta da un vasto ascesso.

La medicatura consiste nell' introduzione di una meccia di fila spalmata di cerato nel retto, ove si spinge con un porta meccia, facendoli la guida col dito indice della mano sinistra introdotto nell' ano, e avvertendo di spingerla fino al di là dell' angolo superiore della piaga, fra le labbra della quale s' introduce poscia, a fine d' impedire la loro coalizione, che lascerebbe sussistere la fistola. Dopo messa al posto la meccia, si riempie il rimanente della piaga con delle fila, e si copre più o meno stabilmente con altri piumaccioli, secondo che il timore dell' emorragia è più o meno grande, e se malgrado questa precauzione venisse del sangue in copia, converrebbe allora stuellare il retto nel modo stesso, che ho descritto all' articolo dell' emorroidi.

Il regime del malato dopo l' operazione della fistola è lo stesso che dopo le altre grandi operazioni chirurgiche, ma si deve prescrivere per altro una dieta più

severa, e scegliere gli alimenti che somministrano poche materie fecali, e che non sono capaci di sciogliere il ventre, a fine di risparmiare al malato i dolori prodotti dall' escrezione di queste materie, specialmente nei primi giorni dopo l' operazione.

Non è raro che dopo l'operazione della fistola all' ano sopraggiunga la difficoltà d' orinare, o anche la ritensione d'orina, specialmente quando è stato necessario di stuellare fortemente la piaga. Nel primo caso si prescrivono le bevande rinfrescanti e diuretiche, e nel secondo si siringa il malato, e si lascia in vescica una siringa di gomma elastica, per non essere obbligati di ripetere questa operazione ogni volta che il malato sente il bisogno di orinare.

Si toglie il primo apparecchio dopo due o tre giorni, e si medica la piaga con un piumacciolo schiacciato di fila spalmato con cerato; ma in seguito si torna a far uso della meccia, la quale è indispensabile perchè la cicatrizzazione abbia luogo dall' esterno all' interno. Peraltro, se la fistola è semplice, e che abbia pochissima profondità, si può risparmiare la meccia nella sua medicatura; ma in tutti gli altri casi, nonostante ciò, che ne dicono alcuni chirurghi e particolarmente Pouteau, non si deve mai tralascare di farne uso. Io ho veduto molte volte mancare l' operazione per la sola causa di avere omessa la meccia, ed ho osservato che la recidiva della fistola avea luogo specialmente nelle persone molto sanguigne, nelle quali il seno fistoloso era profondo e il suo orifizio esterno molto lontano dall' ano. Le labbra della piaga si riuniscono allora dalla parte dell' intestino, e la cicatrizzazione si avanza all' esterno con molta rapidità; ma quando la piaga esterna è ridotta alla larghezza di una lenticchia rimane stazionaria, o se pure si copre di una sottil pellicella, questa tosto si strappa; introducendo uno specillo nella piaga vi penetra profondamente dirigendosi verso l' intestino, e allora uno si accorge che la fistola esiste ancora. In un caso di questa natura, in cui l' operazione non ebbe alcun successo, perchè il malato non volle soffrire la meccia, feci una seconda operazione in capo a due mesi e mezzo o tre mesi, medicai la piaga colla meccia, e ne ottenni la completa guarigione.

La piaga, che risulta dall' operazione della fistola all'ano, guarisce secondo le stesse leggi delle altre piaghe. I bordi si abbassano, si ravvicinano e riuniscono in parte; il rimanente si copre di una sottil pellicella, e la cicatrice rimane avvallata come una doccia. Quest' ultima circostanza ha fatto credere a molti chirurghi, che i margini di questa doccia si cicatrizzavano isolatamente come succede nei bordi di una piaga alle labbra, allorchè non è stata riunita di prima intenzione; ma basta di paragonare la profondità della piaga con quella della doccia, che forma la cicatrice, per convincersi del contrario.

Nella fistola stercorale incompleta o cieca e interna, si comincia dal renderla completa, immergendo la punta del bisturino nel luogo, ove corrisponde il fondo della fistola, e poscia uno si conduce come nell'operazione della fistola completa. Se l' alterazione del colore della pelle, l'ingorgo del tessuto cellulare, e la sensibilità sotto la pressione non facessero conoscere la sede precisa del male, su cui devesi immergere il bistorino, si potrebbe introdurre nel retto una grossa meccia, la quale opponendosi al passaggio del pus nell'intestino, l'obbligherebbe a raccogliersi nel suo focolare, e renderebbe allora più manifesto nel contorno dell' ano il luogo, che esso occupa.

— Le fistole non stercorali sono la conseguenza di un ascesso formato nel tessuto cellulare, che circonda l'ano. Conforme noi abbiamo già accennato, queste fistole sono mantenute dalla disposizione anatomica delle parti, che non possono mettersi a un immediato contatto. Esse offrono presso a poco l'istessi sintomi nelle fistole, nelle quali il retto è perforato, con questa sola differenza che non scola dal loro esterno orifizio che del pus, a cui non si mescolano mai nè materie fecali, nè dell'aria. Uno specillo introdotto nel seno fistoloso incontra il retto denudato, e se si porta il dito in questo intestino, si distingue lo specillo a traverso le sue pareti, ma non si sente a nudo come nelle fistole complete. Peraltro questi segni possono condurci in errore, poichè nelle fistole, che si erano credute cieche ed interne, sono state riconosciute poi per fistole stercorali complete. Non si possono guarire le fistole cieche ed

esterne, se non s' incide l' intestino dal fondo della fistola fino all'ano inclusivamente. Alcuni autori, e fra questi G. L. Petit hanno pensato che si potrebbe ottenere la guarigione, ingrandendo la fistola con un'incisione diretta verso la natica, e che dasse alla piaga la figura di un triangolo, colla base rivolta verso i tegumenti. L' esperienza mi ha fatto conoscere l'inutilità di questa operazione. In tutti i casi, nei quali io stesso l'ho tentata, o veduta praticare da altri, non ha avuto alcun successo. Quindi è che l'operazione necessaria per guarire la fistola non stercorale o cieca ed esterna, sia che si consideri sotto il rapporto delle parti interessate, o sotto quello del metodo operatorio, non differisce punto da quella che si pratica nella fistola stercorale completa.

Allorchè la fistola all'ano è incurabile, o che non si giudica a proposito di procurarne la guarigione, bisogna raccomandare al malato le misure di proprietà, l'uso dei clisteri e un regime conveniente per tenere libero il ventre.

ARTICOLO VII.

Della fessura o screpolatura dell'ano, accompagnata da ristringimento spasmodico dello sfintere.

Noi abbiamo cercato invano negli antichi autori la descrizione di questa malattia. Abulcasi parla, è vero, di una malattia, che egli chiama *fessura dell'ano*, senza però descriverla; ma si potrebb'egli pensare che abbia inteso parlare dell'affezione, di cui andiamo a esporre i segni e la cura allorchè egli consiglia di grattare queste fessure coll' unghia e collo strumento tagliente fino a che si gonfino e si escorino, poichè l' escoriazione è il loro principal carattere? Egli soggiunge che con questo mezzo e l' aiuto di Dio, la malattia cesserà. Dietro tutto questo è evidente che egli intende parlare di tutt' altra cosa.

Sabatier fa osservare di passaggio nella sua *medicina operatoria* che sopraggiungono assai di frequente nell' interno del margine dell' ano dell' escoriazioni superficiali, strette e lunghe, non meno dolorose che difficili a guarirsi. Fa maraviglia, esclama egli, che niuno autore ne abbia fatto parola. Sabatier non va più oltre; ed egli ignorava, senza dubbio, come pure non lo sapevo io stesso poco tempo fa, che in un *Trattato della fistola all' ano*, pubblicato nel 1689 da L. Lemounier, vi è questione delle fessure dell' ano, di cui l'autore parla in questi termini.

— Le ragadi o fessure sono piccole ulceri dolorose, piccanti e senza volume, che seguono la lunghezza delle rughe dell'ano, e rassomigliano molto ai geloni e crepature, che il freddo produce nelle labbra e nelle mani durante l' inverno; esse sono cagionate talvolta dall' indurimento delle materie fecali, che essendosi ammassate nel retto in gran copia, e poscia espulse, per un eccesso di calore, e per la loro aridità e soggiorno, escoriano o fendono lo sfintere dell' ano nel loro passaggio. —

Questo autore crede che queste fessure possano dipendere ancora dalla dissenteria, e dal virus venereo: dice che sono superficiali, o profonde, esterne o interne, *trattabili o maligne*; e per guarirle egli propone l'istessi mezzi di quelli, che si usano per le fessure delle altre parti, cioè gli oli, e i grassi combinati con diverse sostanze vegetabili e minerali.

Si rileva da quanto dice Lemounier che esso ha conosciuto le fessure dell'ano; ma quelle di cui egli parla, sono elleno le stesse di quelle che noi abbiamo osservate? Io non lo credo, poichè egli pretende che alcune sono prodotte dal passaggio delle materie fecali, e cedono a delle imbroccazioni oleose, o agli unguenti; e altre son causate dalla dissenteria e cessano con essa, e che altre infine sono prodotte dal virus venereo, ed esigono l'uso del mercurio, mentre la specie di fessura, che noi andiamo a descrivere non dipende da alcuna di queste cause, e non cede ad alcuno di questi rimedi.

La fessura o screpolatura dell'ano non è una malattia rara. Nel corso della mia pratica l' ho curata in cento individui almeno, ed è perciò dietro le mie osservazioni solamente che vado a descriverla.

Gli adulti sembrano quasi esclusivamente soggetti a questa malattia, poichè non l' ho mai osservata nei bambini e negli adolescenti. La maggior parte delle persone che ne sono state affette erano dell'età dai venticinque ai quarant' anni, alcune

avevano oltrepassata quest'età, e una sola aveva più di sessant'anni.

Nissuna classe della società ne va esente: i due sessi vi sono ugualmente soggetti; ma le donne ne sono forse più frequentemente attaccate degli uomini.

Il segno caratteristico della fessura è un dolore fisso in un punto del contorno dell'ano. Questo dolore si fa sempre più vivo nel tempo dell'evacuazioni alvine, e si calma poco a poco negl' intervalli di queste evacuazioni. Lo sfintere dell'ano è talmente contratto, che rende difficilissima ed eccessivamente dolorosa l'introduzione del dito, di una meccia, o di una cannula.

Le cause di quest' affezione son molto oscure: noi abbiamo solamente osservato che in molti malati è stata preceduta da gonfiamento emorroidale, e che in alcuni altri era stata fatta la recisione delle emorroidi.

La malattia comincia in un modo insensibile: l'escrezione delle materie fecali è accompagnata da calore e bruciore: alcune ore dopo l'evacuazione, cessa ogni penosa sensazione, e il malato crede di avere l'emorroidi, o di essere riscaldato. Talvolta questi sintomi si dissipano in capo ad alcuni giorni, specialmente se il malato si astiene dalle bevande riscaldanti, se prende dei clisteri, e se si lava spesso coll'acqua fredda.

Ma ben presto il calore ed il cociore ricompariscono; l' escrezione delle feccie diviene più penosa, e il malessere che lascia dura più lungo tempo. Le deiezioni sono talvolta miste ad un poco di sangue: i dolori aumentano. Le bevande lassative, che si consigliano ordinariamente in tali circostanze, i clisteri, e un regime rinfrescante apportano qualche sollievo, ma non dura molto, e malgrado il loro uso, il male fa dei progressi. Alcuni malati sono costretti, per andar di corpo, di prendere un purgante ogni quaranta ore, e due o tre lavativi il giorno, fino a che non abbiano prodotta una evacuazione. Se stanno più giorni senza andar di corpo, i dolori che soffrono allorchè hanno uno sgravio, sono così crudeli, che li paragonano a quelli, che produrrebbe un ferro rovente introdotto nel retto. Alcuni malati sono agitati in quel momento da una contrazione convulsiva generale, e cadono in deliquio. Dopo la evacuazione rimane non solo un vivo dolore, ma degli spasimi e delle pulsazioni, simili a quelli che si fanno sentire in una parte infiammata. Io ho conosciuta una signora nella quale si risvegliava un movimento febbrile dopo ciascuna evacuazione. Del rimanente, nel corso di questa malattia i dolori non aumentano in un modo uguale e progressivo, ma crescono, o diminuiscono per intervalli e in ragione di certe circostanze. L' esercizio violento, l' uso del vino, dei liquori, e degli alimenti caldi, o presi in gran quantità, esaltano costantemente il male; la influenza del regime è così manifesta, ehe alcuni malati non prendono, che tremando, una piccolissima quantità di alimenti, essendo tormentati dall' idea dei dolori, che essi dovranno soffrire nell'evacuarne il residuo. In alcune donne i dolori crescono all' epoca delle regole; io ne ho veduta una che soffriva regolarmente ogni otto giorni un notabile aumento de'suoi mali, ed è probabile, che questa periodicità dipendesse da qualche particolarità nelle sue abitudini.

Allorchè esiste il dolore, le più piccole cause possono esacerbarlo, come il tossire, l' orinare, il saltare ec. Alcuni malati non possono stare in piedi e immobili, altri non possono stare a sedere. Io ho conosciuto un uomo che fu costretto da quest' ultima circostanza a cambiare professione, prendendone una, in cui travagliava in piedi.

Il dolore che accompagna, e che segue l'evacuazione alvina è generalmente proporzionato al volume, ed alla durezza degli escrementi. Le materie molto voluminose sono arrestate dalla costrizione dello sfintere, e quando si presentano all' ano risvegliano dei penosi, lunghi, ed inutili sforzi fino a che non sono ammollite dalle iniezioni e dalle mucosità, che sono esalate dal retto. Peraltro anche l'evacuazione delle materie poco consistenti non succede senza dolori; io ho veduto un malato che ne soffriva dei vivissimi, quantunque avesse la diarrea. Anzi perfino la espulsione dei venti è talvolta dolorosa, difficile, o impossibile. Ho guarita una signora, la quale tormentata dal bisogno e dall'impossibilità di evacuare le flatuosità intestinali, si era assoggettata al penoso incomodo di portare una siringa di gomma elastica nel retto.

Quando la malattia dura da qualche tempo, ai sintomi locali dei quali ho parlato, vi si aggiunge il dimagramento, una estrema suscettibilità nervosa, e talvolta anche l'ipocondria e la ritensione d'orina.

Tal'è comunemente l'andamento della malattia, e tali sono i principali sintomi, che l'accompagnavano nelle persone, che sono ricorse ai miei consigli. Esporrò adesso ciò, che mi ha offerto l'esame del retto.

Esternamente niente di rimarcabile alla vista; in alcuni malati vi ho osservato dei tumori emorroidali; in altri dei piccoli bottoni, che mi è sempre parso, che come l'emorroidi, non avessero alcune relazioni colla fessura, in due o tre malati solamente ho osservato un leggiero scolo, che credo parimente estraneo a questa malattia.

In alcuni casi si osserva nel luogo del contorno dell'ano, in cui il malato sente il dolore, ed è ordinariamente a destra o a sinistra, l'estremità inferiore della fessura; ma il più di sovente per vederla è necessario di comprimere fortemente la natica corrispondente per aprire alquanto l' orifizio del retto; ed in alcuni malati non si può arrivare a vederla in alcun modo.

Il dito indice penetra con difficoltà nel retto, e la sua introduzione è sempre dolorosissima, e il dolore diviene poi intollerabile se si appoggia fortemente sulla fessura, e il malato si precipita in avanti per fuggire al tormento che egli patisce. Il dito soffre una notabile costrizione; e questa costrizione fortissima e costante, è uno dei segni caratteristici della malattia. Non si sentono d'altronde sulla membrana mucosa del retto nè tumori, nè durezze; ma si trova in un punto di essa una depressione allungata e parallela alla lunghezza dell'intestino; altre volte non si riconosce il luogo, che occupa la fessura che mediante il dolore, che risveglia in questa parte la pressione, che vi esercita il dito.

Se noi avessimo voluto mettere maggiore importanza a seguire un'ordine rigorosamente metodico, piuttosto che a ben caratterizzare una malattia sconosciuta fino al presente, non avremmo incominciato questo articolo dalla descrizione della fessura. Infatti la fessura dell'ano è costantemente accompagnata dalla costrizione spasmodica degli sfinteri; ma questa costrizione esiste talvolta senza fessura, e probabilmente quest'ultima non è che una conseguenza, o una complicanza della prima. Noi abbiamo ben più di sovente osservata la fessura, o per meglio dire la costrizione con fessura, che la costrizione senza fessura. Abbiamo trovato fra il numero relativo di queste due malattie, o di questi due stati della stessa malattia, il rapporto di 9 a 1. Ecco la nostra scusa. È probabile ancora che quando esistono insieme la costrizione e la fessura, che queste due malattie non abbiano incominciato simultaneamente, ma che la fessura abbia prodotta la costrizione, o la costrizione la fessura, dimodochè una di queste due affezioni sarebbe primitiva, consentiva o accessoria l' altra; ma io non ho mai osservato la fessura senza costrizione, e più volte la costrizione senza fessura. L' incisione degli sfinteri fa sparire la fessura, senza che sia necessario interessarla nel taglio. Mi sembra che dietro tutto questo si potesse presumere che l'affezione principale consiste nel ristringimento spasmodico; ma io lascio ad altri questa discussione, che non può essere di alcuna utilità nella pratica. Del rimanente, o che la costrizione esista sola, o che sia accompagnata da fessura, l'andamento della malattia è assolutamente l'istesso, i sintomi sono i medesimi in ambedue i casi, ed esigono l' istessa cura. Io peraltro non devo omettere di accennare ciò che la costrizione spasmodica senza fessura mi ha offerto di particolare.

Io penso, conforme ho già detto, che questa costrizione possa essere congenita. Ho vedute due persone, infatti, nelle quali ha incominciato, per così dire, colla vita. La fluidità e la mollezza delle materie fecali nei primi anni della vita, rendono la loro escrezione più sopportabile, ma a misura che l' età avanza, le deiezioni stercorali divengono più dense e più abbondanti, i dolori all' ano più acuti nel tempo e dopo l' evacuazione delle materie, che ogni giorno diviene più difficile. L'introduzione di un dito cagiona un vivissimo dolore, ed il dito medesimo si trova fortemente serrato dalle parti, ma in qualunque punto dell'ano esso si appoggi, il dolore non aumenta.

Ciò, che noi abbiamo finquì detto ci dispensa dal parlare lungamente della diagnosi di queste due malattie. La costrizione spasmodica dello sfintere, il dolore

che accompagna e succede alle evacuazioni alvine, l' assenza di qualunque scolo, di qualunque lesione nella struttura dell'ano, e la lunga durata della malattia, sono segni comuni al ristringimento spasmodico ed alla fessura. Quest'ultima offre di più un dolore fisso in un punto qualunque del contorno dell'ano, e una esulcerazione superficiale, parallela alle rughe della membrana mucosa. Noi crediamo che questi particolari caratteri devano impedire di confondere questa malattia con un'altra, come è accaduto fino al presente.

Tra i malati, che si sono a me diretti, la maggior parte avea già ricercati i soccorsi di altre persone dell'arte, e in moltissimi non era stata conosciuta la malattia. Qualcuni erano stati creduti malati di fegato; altri di un' affezione alla milza; chi attaccato da una malattia venerea; chi da un vizio erpetico: in uno il suo male fu attribuito ad una troppo grande curvatura del coccige; e in quasi tutti gli altri si credè che dipendesse da emorroidi interne. I diversi rimedi amministrati dietro questi giudizi non avevano prodotto alcuno effetto, e l'incisione dell'ano, dissipando tutti questi pretesi vizi erpetici, venerei, emorroidali ec., non ha lasciato alcun dubbio sulla vera natura della malattia.

Se i sintomi e l' andamento della costrizione spasmodica e della fessura dell' ano erano poco conosciuti, lo era anche meno il metodo curativo. Nella maggior parte dei malati, che sono ricorsi a me, erano stati usati solamente dei rimedi palliativi, i quali spesso non avevano recato alcun sollievo. Di questi rimedi, alcuni erano amministrati per diminuire la consistenza delle materie fecali, altri per calmare il dolore, e il calore dell' ano, e per diminuire la sensibilità. Per l' istesso oggetto era stato prescritto un regime rinfrescante, e vietati gli alimenti ingrassanti e le bevande riscaldanti. Alcuni malati avevano da loro stessi ridotto alla metà, e meno ancora, la quantità ordinaria dei loro alimenti; ed altri si erano assoggettati al disgusto di purgarsi ogni due giorni. I più facevano uso frequente dei clisteri semplici o lassativi, e ne prendevano fino a quattro per giorno. Questi mezzi procurano in principio qualche vantaggio, ma in capo a qualche tempo divengono inutili, e non recano più neppure un sollievo momentaneo. I vapori dell' acqua calda, della decozione di cerfoglio, o dell'infusione di sambuco, le aspersioni fredde, i bagni intieri, o i semicupi, l' applicazione delle mignatte, le iniezioni narcotiche, le supposte e le pomate oppiate, hanno talvolta resi i dolori più sopportabili, ma sono stati rimedi tutti insufficenti per guarire la malattia, e spesso ancora per calmare i dolorosi sintomi. Una sola volta io ho guarito con alcuni di questi mezzi una fessura dell' ano accompagnata da mediocre costrizione: la cura peraltro fu lunga, e perseverantemente continuata. Ho ottenuto ancora dei buoni effetti da una pomata composta con

Sugna porcina . . . .
Sugo di Semprevivo .
— di Dulcamara . .
Olio di Mandorle dolci.
} ana ℥ jv.

Si fa fondere questa pomata a un dolce calore, e se ne inietta due o tre cucchiaiate nel retto con un piccolo schizzetto, e si ripete questa iniezione due o tre volte il giorno.

Nella maggior parte dei malati, che ho curati, ho impiegato questi rimedi prima di appigliarmi a dei mezzi più energici; ma, eccettuato il caso di cui ho parlato poco fa, in tutti gli altri ho dovuto infine ricorrervi.

Molti di questi malati avevano fatto uso delle meccie di fila per dilatare l'orifizio del retto; ma lungi dal diminuire il ristringimento, hanno sovente prodotto un effetto contrario, poichè l'irritazione, che hanno cagionata colla loro presenza ha aumentato talvolta la costrizione degli sfinteri a segno, che le più piccole meccie, e l'istessa cannula di uno schizzetto non potevano sormontarla. Altre volte le meccie, non ne hanno aumentato la costrizione, ma talmente esasperato i dolori che i malati non potendoli sopportare, se le toglievano poco dopo di averle introdotte. In nessun caso io ho osservato dei buoni effetti da questo mezzo, ma sempre è stato inutile o nocivo (1).

(1) *L' uso del cauterio cultellario che è stato tentato, a quel che si dice, da Guarin, non potrebbe riuscire che nei casi rarissimi, nei quali la fessura*

Tali erano i rimedi, di cui avevano fatto uso i primi malati, che vennero a consultarmi, e la loro inutilità m'impedì di ricorrervi nuovamente, ma se n' era stato omesso qualcuno, io ne prescrissi l'esperimento, ma sempre inutilmente. Io concepii allora la speranza di potere rimediare direttamente alla fessura, che riguardava come la causa dei dolori, convertendola, mediante un'incisione, in una piaga semplice, e fui incoraggiato a tentare questa operazione da alcuni di questi stessi malati, i quali soffrendo dei tormenti insopportabili, erano decisi di sottoporsi a tuttociò, che potesse offrire una qualche speranza di guarigione. Operai, e il successo superò la mia espettativa; i crudeli dolori cessarono nell'istante e malgrado l' irritazione, che cagionava nella piaga il passaggio delle materie, la loro escrezione non era per altro così penosa come in avanti; la fessura disparve, e restò la costrizione. Quest' ultimo risultamento m' indusse a tentare l' operazione pel ristringimento spasmodico senza fessura, ed ottenni l' istesso successo. In seguito avendo incontrato dei malati, nei quali la fessura occupava la parte anteriore o posteriore dell' ano, dove non si potrebbe portare il ferro tagliente senza inconvenienti, mi sono deciso di fare l' incisione lateralmente, senza fare attenzione alla fessura, la quale è sempre scomparsa spontaneamente dopo l' operazione. Finalmente l' esperienza mi ha insegnato che nei casi di notabile costrizione, una sola incisione non è sufficiente, che è necessario farne due, una a destra e l' altra a sinistra.

Ecco il modo, con cui pratico questa operazione: amministro tre giorni innanzi un blando purgante al malato, e un clistere lassativo il giorno stesso dell'operazione, a fine di nettare il condotto intestinale, e perchè non si faccia sentire il bisogno di andar di corpo per alcuni giorni dopo. Lo faccio situare per parte, come nell' operazione della fistola all'ano; porto il dito indice della mano sinistra, dopo averlo unto con qualche corpo grasso, nell' intestino retto, e lungo questo dito faccio scorrere a piatto un bisturino di lama stretta, la quale è tagliata in quadro, e rotonda nella sua estremità. Dirigo il tagliente di questo bisturino verso la parte destra o sinistra, secondo il luogo che occupa la fessura, e divido in un sol colpo le membrane intestinali, gli sfinteri, il tessuto cellulare e i tegumenti. In tal modo vengo a formare una piaga triangolare, la cui sommità corrisponde nell' intestino, e la base alla pelle; qualche volta è necessario di prolungare quest' ultima, e lo faccio con un secondo colpo di bisturino. In alcuni casi l'intestino fugge davanti il ferro, e la piaga del tessuto cellulare si estende più in alto di quella dell' intestino; e allora bisogna introdurre di nuovo il bisturino nel retto per prolungare l' incisione dell' intestino.

Allorchè la costrizione è estrema, faccio due incisioni uguali, l' una a destra, e l' altra a sinistra; e quando la fessura è situata anteriormente, o posteriormente, non la comprendo nell' incisione.

Introduco poscia nella piaga, o nelle due piaghe una grossa meccia, la quale impedisce che i margini divisi si riuniscano in un modo irregolare. Vi applico sopra dei piumacciuoli di fila, e delle lunghe compresse e mantengo il tutto in sito per mezzo di una fasciatura, simile a quella usata nell' operazione della fistola all' ano. È raro che sopraggiunga l' emorragia, ma in tal caso una leggiera compressione basta sempre per arrestarla.

Non si toglie questo primo apparecchio che in capo a due o tre giorni, e si medica in seguito la piaga con un piumacciolo di fila schiacciato, spalmato di cerotto, finchè non si è intieramente formata la cicatrice. Nei primi giorni la medicatura dev' essere rinnovata parecchie volte nelle ventiquattr' ore, e in ciascuna volta si lava la piaga e i suoi contorni, con dell' acqua di malva. La piaga guarisce ordinariamente alla fine di un mese o di sei settimane. In alcune circostanze la cicatrizzazione non si è compita che nel secondo mese o nel terzo, ma in altre si è operata ancora in venti giorni. Una sola volta l' ho veduta compita nel quindicesimo giorno.

non sarebbe accompagnata dalla costrizione, a meno che non se n' estendesse l' azione fino agli sfinteri, ciò che per altro non sarebbe senza inconvenienti.

Tutti i malati, nei quali ho praticato quest' operazione, sono guariti radicalmente e completamente senza recidiva della fessura, della costrizione, e senza soffrir più dolori.

Tal' è il risultamento delle mie osservazioni in una malattia sconosciuta fino al presente, e contro la quale sono stati finora impiegati dei rimedi spessissimo inutili, talvolta nocivi, e sempre insufficienti.

Terminerò quest' articolo col riportare alcuna delle numerose osservazioni, che gli servono di base.

Osserv. I. Costrizione con fessura. Maria Aguette di 26 anni, entro nello spedale della Carità il 9 settembre 1809. Due anni e mezzo prima di quest'epoca essa aveva incominciato a soffrire nel retto dei dolori, che divenivano più acuti nel tempo dell'evacuazione delle feccie; sei mesi dopo le erano sopraggiunti dei tumori emorroidali, su i quali erano state applicate le mignatte, e in seguito erano stati asportati. Dopo questa operazione i dolori erano cresciuti; non erano continui, e talvolta si facevano sentire senza apparente causa; ma il più di sovente si manifestavano dopo avere starnutito, dopo un' accesso di tosse, durante un lungo decubito sul dorso, o nello stare molto tempo a sedere. Aumentavano ancora all' epoca delle purghe, ma in modo speciale poi negli sforzi per andar di corpo. Tutti i muscoli erano allora in contrazione, e la malata in preda a inauditi tormenti, afferrava con forza tutti gli oggetti, che l' erano attorno. Quando le feccie erano consistenti, erano nel tempo stesso anche poco voluminose, e ordinariamente tinte di sangue, e i dolori che cagionavano nel loro passaggio erano atroci. Me se le deiezioni erano liquide, i bruciori, sebbene sempre vivissimi, divenivan però più soffribili. I clisteri producevano un qualche sollievo, ma l' introduzione della cannula era così difficile e dolorosa, che la malata si risolveva ben raramente a prenderli. L' introduzione del dito nell' ano, il quale fu più volte esplorato dal chirurgo ordinario della malata, produceva costantemente dei dolori atroci, specialmente a destra. Dopo usati molti rimedi, fu tentata una cura mercuriale, alla quale questa donna si sottomise per lo spazio di nove mesi, malgrado la coscienza della sua buona condotta. Finalmente venne allo spedale.

Tutti i sintomi, di cui ho parlato erano gli stessi. Portai il dito nel retto, ov'era fortemente compresso, e scoprii a destra una fessura, sulla quale appoggiando col dito, i dolori divennero orribili. Tre giorni dopo l' operai, e in capo a 15 giorni essa andò facilmente di corpo e senza dolori, e lasciò lo spedale il 2 novembre, cioè, due mesi dopo l' operazione.

Osserv. II. Fessura e costrizione dell' ano. (È la malata che parla) « Nel mese di maggio 1810 io incominciai a sentire dei violenti dolori nell' andar di corpo; furono credute emorroidi, e mi applicarono le mignatte, e ne provai del sollievo. I grandi dolori cessarono, ma per tutto il rimanente dell' estate soffrii sempre un poco. Nel seguente mese di decembre tornai nuovamente a soffrire degli orribili patimenti: i dolori divennero molto più violenti una ora dopo di essere andata di corpo, e duravano sei, sette o otto ore consecutive. Mi furono nuovamente prescritte le mignatte, sempre nella supposizione che io soffrissi di emorroidi, ma questa volta non produssero alcun effetto, ritornando i dolori colla stessa violenza dopo ciascuna evacuazione. Allora mi sottoposero a un regime rinfrescante, mi fecero fare i semicupi, i mezzi bagni e i bagni intieri. Vi erano dei giorni nei quali soffrivo pochissimo, ma di otto giorni in otto giorni mi assalivano dei dolori più forti dei primi. Finalmente dal mese di maggio in poi non ho avuto più un momento di bene, e non sono mai andata di corpo senza soffrire atroci dolori: mi sembrava che qualche cosa mi lacerasse l' ano, e nelle prime sette o otto ore dopo l'evacuazione sentiva una continua pulsazione, uno spasimo, un ristringimento, e una dolorosissima aridezza, come se mi fosse stato piantato un ferro infuocato nella parte malata. I dolori erano così violenti, che mi cagionavano la febbre. Furono ancora impiegati gli stessi mezzi dolcificanti, ma senza successo; si tentò d'introdurmi nell' ano delle meccie spalmate di cerotto oppiato, ma sovente non fu possibile di riuscirvi, e quando si perveniva a introdurle un poco, soffrivo orribilmente. Consultai il sig. Boyer, il

quale mi ordinò delle iniezioni, che mi calmarono la violenza dei dolori, ma non distrussero il male. Questo chirurgo mi disse che l' operazione sola poteva guarirmi radicalmente, e mi ci sottoposi; e in fatti pochi giorni dopo io andai di corpo quasi senza dolori, e sono poi svaniti affatto in appresso. »

Osserv. III. Costrizione senza fessusura. La Signora De... fino dall' età, in cui il primo sviluppo della ragione insegna a fare dei paragoni, si dolse di una straordinaria difficoltà nel rendere le feccie. I suoi genitori, attribuendo questo fenomeno al suo temperamento caloroso, se n' occuparono pochissimo, e facendole prendere di quando in quando qualche clistere, lasciarono passare così parecchi anni. All' età di quindici in sedici anni questa signorina non poteva andar di corpo senza il soccorso dei clisteri, e allora dei dolori assai vivi si fecero sentire nel tempo e dopo l' evacuazioni, i quali essendo accompagnati da un senso di lacerazione, e da punture, fu creduto che essa soffrisse di emorroidi. Questi dolori soffribili in principio e di corta durata, divennero a poco a poco più intensi, e si prolungarono per quindici o sedici ore dopo l' evacuazione. Ne risultò un' irritazione locale abituale, che rese insufficienti i clisteri semplici, e bisognò mescolarvi del sapone, del sale ec. per renderli più efficaci. L' esaltamento del dolore fece infine sospettare qualche cosa di straordinario.

Tutti i medici e chirurghi del paese, che abitava la signora De..... furono consultati, come pure quelli di Havre e di Rouen. Uno di essi introdusse nell'ano per lo spazio di tre mesi delle meccie di fila spalmate di cerotto. Ma la malata soffrendo sempre maggiormente, si risolse di venire a Parigi, ove consultò insieme, o separatamente Desault, Vicq d' Azyr; Sabatier e Portal. Per parecchi mesi Chopart le introdusse delle meccie nell'ano: ma i dolori divennero atroci, i lavativi inefficaci, e finalmente l'ano si ristrinse a tal segno, che non ammesse più la cannula della canna. La malata ricorse allora ai purganti, e ne prendeva uno ogni due giorni, ma ne risultò un'estremo dimagramento e dei dolori inauditi nel tempo dell'evacuazione.

Stanca dai penosi metodi curativi fin allora usati, ed avendo ancora perduta la speranza di guarire, dietro quanto le aveva asserito senza alcun riguardo Desault, che le aveva detto che sarebbe perita se non poteva sopportare le meccie, la malata rinunziò ai soccorsi della medicina per il corso di quasi quattro anni.

Alla fine, pressata dalle sue amiche, acconsentì di ricorrere a me, nè esitò a sottoporsi all'operazione che io le proposi. Feci due incisioni laterali sugli sfinteri dell'ano, e le riempiei di fila. La cicatrizzazione fu pronta, e l'evacuazioni divennero facili: cessò ogni dolore, e la malata riprese la carne che aveva perduta, e divenne lieta, come per l' innanzi.

Osserv. IV. Costrizione senza fessura. Lorenzo Cisterne soffrì all'età di 31 anno, dopo una lunga costipazione, dei vivi dolori all'ano, che divenivano atroci allorchè faceva degli sforzi per andar di corpo. Da quel momento le deiezioni alvine furono accompagnate da patimenti inesprimibili, che duravano quattro o cinque ore dopo. Allorchè stava in piedi, o disteso soffriva poco, ma i dolori si facevano sentire maggiormente stando a sedere, ragione, per cui egli lasciò il suo mestiere di calzolaio.

Per il corso di trenta mesi, i soli lassativi poterono produrre qualche sollievo, essendo inefficaci tutti gli altri rimedi.

Egli entrò nello spedale della Carità il 26 novembre 1809. Esplorando l'ano sentii a destra e un poco al di sopra di quest'apertura, e un punto duro, prominente e come calloso: questo punto era sensibilissimo e la principal sede del dolore nel tempo delle evacuazioni. Lo sfintere si contraeva fortemente sul mio dito, specialmente allorchè comprimeva questo punto duro. Prescrissi al malato la dieta, e l'uso dei diluenti, ed intanto gli feci prendere un blando purgante, il giorno dopo un clistere, e il terzo giorno incisi lo sfintere in traverso sul punto duro e dolente, di cui ho parlato. La piaga si cicatrizzò lentamente; e per qualche tempo le materie fecali cagionarono nel loro passaggio dei dolori oscuri, ma in appresso cessarono anche questi talmente che, alcuni mesi dopo che quest'uomo era uscito dallo spedale, tornando a vedermi, come ne l'avevo pregato, si trovava perfettamente guarito.

Osserv. V. Costrizione senza fessura. Alessio Cuby di 52 anni soffriva da due anni e mezzo incirca, dei dolori nell'andare di corpo, i quali erano poco forti in principio e si facevano sentire per intervalli, ma divennero poi così acuti, che il malato gli paragonava a un ferro infuocato, che gli fosse stato introdotto nel retto. L'uso dei clisteri preparati con delle sostanze narcotiche non procurò che un passeggero sollievo, e tutti gli altri rimedi furono parimente inefficaci. Cuby venne a consultarmi, e gli dissi che un operazione poteva solamente metter fine ai suoi patimenti, ed egli entrò nello spedale della Carità. L'ano di questo malato era talmente serrato, che il mio dito non vi penetrò che con molta difficoltà e cagionando dei vivi dolori nell'intestino retto. Verso la parte destra credei scoprirvi una fessura; ed era ivi, dove il malato credeva di sentire i più vivi dolori.

Dopo aver preparato questo malato per qualche giorno; tagliai lo sfintere nel punto il più dolente, ove mi era parso di scoprire la fessura. Feci continuare l'uso delle meccie per quarantun giorno, ed il malato uscì dallo spedale poco tempo dopo, essendo già un mese che andava di corpo senza dolori.

Osserv. VI. Costrizione e fessura. Una donna, sarta di professione, di 36 anni, soffriva da due anni dei dolori nell' interno dell'ano, i quali erano poco vivi in principio, ma divennero in appresso insoffribili, specialmente quando andava di corpo. I lavativi ammollienti, i bagni, le pozioni non le recavano alcun sollievo, e agli 8 di luglio 1812 entrò nello spedale della Carità. L'ano sembrava nello stato naturale, ma quando volli introdurre il dito nel retto sentii una forte resistenza, e vi risvegliai dei forti dolori. Sentii a destra e un poco indietro una fessura e una piccola escrescenza assai dura. I patimenti, che io cagionava col riscontro a questa malata erano insopportabili, e abbandonai perciò le mie indagini. Il 2 di agosto essa prese un clistere a 7 ore di mattina, e a 9 ore le incisi a destra e a sinistra lo sfintere. Cinque giorni dopo la malata andò di corpo quasi senza soffrire, e le meccie le più grosse furono alfine sopportate senza alcun dolore. Il 16 settembre abbandonò lo spedale.

Osserv. VII. Costrizione e fessura. Luisa Richerand dell'età di 21 anno soffriva da tre mesi dei vivi dolori nel rendere, mediante i clisteri, degli escrementi duri e sottili, allorquando entrò nello spedale della Carità. I salassi locali e le supposte erano stati impiegati inutilmente.

L'ano era fortemente contratto e screpolato a sinistra un poco posteriormente. Lo incisi nel luogo della fessura. Per i primi sette giorni dopo l'operazione la ritenzione dell'orine ci obbligò a far uso della siringa. In capo a 22 giorni le meccie le più grosse penetrando nell'ano senza dolore, e la malata andando di corpo benissimo, fu cessata ogni medicatura.

Osserv. VIII. Costrizione e fessura. La signora.... dell'età di 26 anni, aveva sempre goduto di una buona salute, allorchè in un viaggio per andare a Orleans, ribaltò la vettura, in cui essa era. Non si fece alcun male, ma si spaventò moltissimo, e provò qualche accidente nervoso. Poco tempo dopo le si manifestarono l'emorroidi, accompagnate da una ostinata costipazione. Quando incominciò a riacquistare la libertà del ventre, l'evacuazione delle feccie divenne ogni giorno più difficile, e dolorosa, quantunque facesse uso dei clisteri, dei vapori, dei lassativi ec. Le tente, le meccie, e le supposte furono pure inutilmente impiegate. Il suo medico avendo osservato una fessura nella parte destra dell'ano, sospettò una causa venerea, e consigliò una cura mercuriale. La malata spaventata, mi consultò: essa era allora magra, pallida, debole, non poteva più uscir di casa, non si nutriva che di alimenti liquidi, e non poteva quasi più prender riposo. L'introduzione del dito nell'ano le cagionò dei dolori atroci, che durarono per alcune ore dopo, e la fecero stridere fortemente.

Ebbi ricorso all'incisione, la quale comprendeva la fessura, e dividea intieramente lo sfintere. Durante l'infiammazione della piaga soffrì ancora dei dolori, cagionati dall'introduzione delle meccie, ma in seguito si dissiparono, nè ricomparvero mai più.

Osserv. IX. Fessura e costrizione. La signora.... dell'età di 56 anni, nel tempo della convalescenza di una febbre atassica, andò soggetta a una costipazione, che durò quasi due mesi; le materie,

grosse come le castagne e durissime, erano espulse con grandi sforzi, malgrado l'aiuto dei lavativi, e dei lassativi. Poco a poco l' evacuazioni divennero più difficili, e furono precedute e accompagnate da vivissimi dolori, che duravano parecchie ore dopo, e lasciavano la malata per una parte del giorno in uno stato di abbattimento grandissimo, e il sonno della notte era sovente interrotto da moti convulsi. Questa signora sapeva per esperienza, quanto era per lei pericoloso di passare anche un sol giorno senza andar di corpo, ed aveva perciò rinunziato agli alimenti solidi, e al vino, e non viveva che di frutta, di minestre, di brodi e di latte. Molti pratici di Parigi si accordarono nel consigliarle l' uso delle meccie, che non potè sopportare, per quanto fossero piccole. Una supposta di gomma elastica fu pure inutile: anzi parve che questi rimedi aggravassero la malattia.

Dopo quattro anni di patimenti, ella venne a consultarmi, e conobbi che soffriva di una fessura a destra dell' ano, con spasmo dello sfintere. Feci l' incisione sulla stessa fessura, e ben presto la malata potè andar di corpo senza dolori, e sono ormai scorsi cinqu' anni che essa gode di una buona salute.

Osserv. X. Costrizione e fessura. Fui consultato nel mese di decembre 1809 dal sig. N..., il quale aveva nella parte sinistra e anteriore dell' ano, una fessura superficiale accompagnata da uno stringimento spasmodico.

Quindici anni innanzi avendo fatto egli un viaggio in posta a Ginevra, dopo uno stravizio nel mangiare, gli era sopraggiunta una costipazione e una disuria, che resisterono per lungo tempo ai bagni, alle fomente, ai clisteri, e ad un' ampio salasso. Le vene emorroidali si gonfiarono; le mignatte calmavano al tempo stesso dei dolori vaghi nelle membra, e facevano appassire l' emorroidi, ma presto i dolori divennero quasi permanenti, e le evacuazioni alvine dolorosissime, qualunque fosse la consistenza delle materie.

Ritornato a Parigi egli consultò parecchi uomini dell' arte, i quali gli prescrissero un regime il più severo, le bevande rinfrescanti, le meccie ec. ma niente gli giovò.

Quando io l' operai, la coartazione dell' ano era grandissima, e l' evacuazioni straordinariamente dolorose. L' incisione fatta sulla fessura, non fu seguita da alcun accidente, ed ebbe il più felice successo.

Osserv. XI. Fessura e costrizione. Il sig. Poug... di Chartres, dell' età di 40 anni, aveva una fessura nell' ano con contrazione spasmodica dello sfintere. Essendo egli così debole, allorchè l' operai, da non potermi dare i dettagli che io desiderava intorno la sua malattia, ecco qui la lettera che mi scrisse alcuni mesi dopo guarito.

All'età di 18 anni avevo dell'emorroidi. Io ho avuto sempre l'ano stretto, e sono perciò sempre andato di corpo con difficoltà. Nel 1806 soffersi una grave malattia; le mie emorroidi divennero dolentissime, e nell' andar di corpo uscirono fuori dall'ano; mi furono applicate le mignatte, ma senza sollievo, e nell' evacuazioni alvine soffrivo i più vivi dolori. Negli sforzi, ai quali era obbligato di abbandonarmi, credo che succedesse uno strappo di sei linee all'ano, e dopo quest'epoca il mio male andò sempre crescendo, e sono stato perfino diciassette notti senza dormire. Mi cibava solamente di brodo di pollo, di uva e di pere per non fare degli escrementi. In capo a un mese i miei dolori si calmarono, ma l'ano frattanto era appena largo da dar passaggio all'estremità di una cannula. Verso la fine del 1808, andai a Parigi per consultare il sig. . . . . Avevo un color giallo e il fegato malato, e mi prescrisse una pozione aperiente e l'applicazione di venti mignatte ec. L'ano era allora poco dolente, ma nella primavera del 1809 i dolori ritornarono più forti, ed io mi portai nuovamente a Parigi per consultare l'istesso chirurgo. Egli esplorò l'ano, e mi ordinò d'introdurvi delle meccie, ciò, che non volli fare, e andai a consultare un'altro medico, il quale mi prescrisse dei lassativi, e le doccie ascendenti. Volli provar subito quest' ultimo rimedio, e la seconda doccia mi cagionò dei dolori così vivi, che non potei sopportarla: fu allora, che io mi rivolsi a voi, o signore, ed ecco il vostro consulto scritto. « Esiste nella parte sinistra « del margine dell' ano, un' escrescenza « emorroidale, divisa in due porzioni, « fra le quali avvi una fessura, che si « prolunga nell'ano alla profondità di

« cinque o sei linee. I dolori che voi « soffrite nell'andar di corpo e dopo, « dipendono unicamente dalla fessura e « dalla costrizione spasmodica dello sfin- « tere. Io ho osservato parecchie volte « questa malattia, e non ho trovato al- « tro mezzo per guarirla che un'incisio- « ne, la quale converte la fessura in « una piaga semplice, e fa restare la « costrizione dello sfintere, e si presta « allora facilmente nel passaggio degli « escrementi. » Feci vedere questo consulto al sig. Pinel, il quale fu intieramente del vostro parere. Voi sapete quanto io soffriva allorchè mi sottoposi all'operazione. Adesso la mia salute è ottima; non soffro più dolori all'ano, nè difficoltà nell'andar di corpo. L'emorroidi sono scomparse, e mi resta solo un poco d'incalorimento quando ho fatto dei violenti e moltiplicati esercizi, ma con un clistere si dissipa anche questo. Vado frequentemente a caccia; non sono più malinconico, e la mia salute non è stata mai migliore.

Osserv. XII. Costrizione e fessura. Anche questa storia è di un malato il quale aveva una fessura all'ano con costrizione spasmodica dello sfintere. Io sopprimerò solamente qualche inutile dettaglio del suo racconto.

— Presentemente io ho 33 anni, e ne avevo 32, allorquando incominciai a soffrire dei violenti dolori di stomaco, accompagnati da vomito, che mi durarono tre giorni. Passati due anni questi dolori ricomparvero più forti e costanti, e mi afflissero per il corso di un mese: io era sanguigno e colorito, e divenni pallido e bilioso. Il dottor Saiffert mi prescrisse le sue pillole; ne prendevo ogni giorno una sufficiente dose per ammollire le feccie, e le continuai per sette mesi. Dopo il secondo mese sentii all'ano un bruciore leggiero, ma che durò un pezzo, ed essendomi esplorato col dito, sentii una piccola gonfiezza, e una durezza del volume di un piccolissimo pisello. Sentivo del dolore dopo essere andato di corpo. Camminando soffrivo meno; assiso obliavo tosto il dolore, ma immobile e ritto, diveniva sovente acuto, e quasi insoffribile. Continuai l'uso delle pillole, ma i dolori insensibilmente si prolungarono, e divennero più acuti, e m'incomodarono almeno per un quarto della vita. Il mio medico esaminò l'ano, e lo trovò sano, eccettuato un poco di gonfiezza, mi prescrisse una tisana. Io volli da me stesso tentare i suffumigi e le lozioni di latte, ma a che valsero? Cessati i suffumigi e le lozioni io soffriva di nuovo più fortemente, e per più lungo tempo, e mi accorgeva bene che il male aveva fatti dei progressi. Soffrivo nello scendere a terra da una vettura se la staffa n'era alta, e nel tossire, ma i miei mali erano poi insoffribili se starnutivo, o nell'orinare, atteso il consenso dell'ano, e divenni moroso e melanconico. Cessai al fine l'uso delle pillole purgative, e invano ricorsi a quello dei bagni, delle mignatte, e dei clisteri. Le meccie che il signore B.... m'introdusse per tre settimane nell'ano, mi cagionarono del dolore, senza alcun cambiamento favorevole nella mia malattia. Stanco dai rimedi, inquieto sulla natura del mio male.... consultai il Sig. Boyer e dopo avere usato per suo consiglio per il corso di due mesi e mezzo delle infusioni, e una pomata, che calmarono un poco i miei patimenti, senza però guarirli, mi risolsi di sottopormi all'operazione, di cui egli fino dalla sua prima visita, mi aveva fatta travedere la necessità. Essa fu eseguita il 20 ottobre 1808 e per tre soli giorni fu necessario il letto. Dopo quindici giorni andai in carrozza al teatro. In capo a due mesi cessai l'uso delle meccie, e fin d'allora si dileguò affatto ogni piccolo residuo dei miei incomodi.

Io mi credo perfettamente guarito: vo di corpo facilmente; le feccie contengono talvolta qualche mucosità, ciò, che non risveglierebbe la mia attenzione, se non avessi l'esperienza della mia malattia, per dovervi pensare. Ho bisogno di qualche misura di più di nettezza, ma non soffro. »

Osserv. XIII. Costrizione e fessura. Il signor P... negoziante, di anni 34 di un temperamento nervoso, soffriva da molti anni di emorroidi, che l'inquietavano di tempo in tempo. Nel 1806 le costipazioni, cui era egli soggetto divennero più ostinate, incominciò a sentire un peso all'ano, e a provare della difficoltà nell'andar di corpo, per cui divennero necessarj i clisteri ammollienti, e le bevande lassative.

Frattanto la costipazione fece dei progressi, e i clisteri non furono più sufficienti per stemperare le materie fecali,

le cui evacuazioni erano precedute, e accompagnate e seguite da violenti dolori, che andavano sempre crescendo, senza lasciare appena qualche momento di calma. Il ventre si meteorizzò; incominciarono a venire dall'ano delle materie sierose e purulente; il bisogno di evacuare le feccie era preceduto da una ansietà particolare, e l'intestino sembrava come trascinato dalle materie, che si arrestavano al suo orifizio.

Questo malato venne a consultarmi, e gli trovai nella parte destra dell'ano una fessura situata in mezzo a due durissimi bottoni emorroidali, e una straordinaria costrizione nell'ano. Gli proposi l'operazione, a cui egli si preparò con dei clisteri ammollienti e narcotici. L'eseguii il 22 aprile 1818 tagliando lo sfintere sulla stessa fessura, e asportai ancora i due bottoni emorroidali.

Tre giorni dopo l'operazione sostituii alla meccia, che aveva introdotta nell'ano, e che irritava molto il malato, un semplice piumacciolo spalmato di cerotto, e tutte le successive medicature furono fatte in questo modo; ma in capo a cinque settimane, si rese necessario di recidere una briglia, che si era formata nella piaga, e che aveva affrettata la cicatrizzazione, probabilmente perchè fu omesso di situare delle fila fra le sue labbra. Otto giorni dopo questa piccola operazione, la cicatrice era solida, l'evacuazioni facili, e la guarigione assicurata.

ARTICOLO VIII.

Dei polipi del retto.

S'inalzano talvolta nella membrana mucosa dell'intestino retto, come in quella di tutti gli altri organi, dei tumori molli, spongiosi, o fungosi, a cui si dà il nome di polipi. Questi polipi differiscono fra loro in ragione della loro situazione, della loro figura, del loro volume e della loro tessitura. Occupano generalmente la parte del retto più vicina all'ano, ma talvolta sono così lontani da questo orifizio, che il dito non può arrivare a sentirli. La loro forma è quasi sempre rotonda, o piriforme, e sono adesi alla membrana mucosa ora con una larga base, ora mediante un piccolo peduncolo. Il loro volume varia da quello di un pisello a un uovo di gallina, e raramente ne divengono più grossi. La loro tessitura è molle-varicosa, e sovente sembrano formati dalla riunione di più lobi.

I sintomi prodotti dai polipi sono in parte gli stessi di quelli di molte altre malattie del retto; cioè, un peso abituale in questa regione, la difficoltà di andar di corpo, il tenesmo ec. Questi segni sono perciò molto equivoci, e non si può giudicare della natura della malattia, di cui il retto è la sede, a meno che negli sforzi per andar di corpo, non venga fuori il tumore, e non si offra alla vista e al tatto. Il più di sovente il chirurgo viene a conoscere l'esistenza del polipo, il suo volume, il luogo ove si attacca, la larghezza della sua base introducendo il dito esploratore nel retto.

I polipi del retto non sono, generalmente parlando, pericolosi. Talvolta cadono spontaneamente, come se ne trova un'esempio nell'antico giornale di medicina T. XV. pag. 57, ma nel maggior numero dei casi bisogna ricorrere ai mezzi chirurgici per liberarne il malato.

Ecco come si opera. S'inietta un liquido nel retto e si raccomanda al malato di fare degli sforzi per espellerlo, la contrazione simultanea del diaframma e dei muscoli abdominali provoca l'uscita del clistere, delle materie fecali e dello stesso polipo. Allora si fa situare il malato per parte, come per l'operazione della fistola, e si allaccia il peduncolo del polipo, stringendo fortemente la legatura; quindi si recide il polipo al disotto del laccio a una distanza sufficiente da esso perchè non cada. Fatta la recisione, il peduncolo rientra insieme col laccio, il quale cade alcuni giorni dopo.

Non è raro che dopo rientrato il peduncolo, sopraggiunga un' abbondante emorragia: in tal caso il malato sente il bisogno di andar di corpo, e rende del sangue mezzo liquido e mezzo coagulato. È necessario di arrestare subito quest'emorragia, ed a tale effetto si ricorre ai clisteri di ossicrato freddo, e se questi non bastano, si stuella l' intestino nel modo che abbiamo già esposto.

Se il polipo non può essere spinto fuori del retto nell' anzidetto modo, l'applicazione dei mezzi chirurgici si rende assai più difficile. Questo tumore o si trova a portata del dito esploratore, o no.

Nel primo caso, se ha un peduncolo sottile, si può tentare di tagliarlo colle cisoie, dietro la guida del dito introdotto nell' intestino, e le iniezioni di ossicrato, e di acqua alluminosa bastano ordinariamente per arrestare l' emorragia, che succede a questa operazione, ma se il sangue seguita a scolare, si applica lo zaffo.

Desault, o piuttosto il redattore delle sue opere di chirurgia, pensa che la legatura sia ancora l' unico mezzo da usarsi, allorchè il polipo è impiantato tanto alto da non poter venir fuori dall' ano. Ma è facile l' immaginarsi quanto esser debba difficile di posare in tal caso l'allacciatura, specialmente quando col dito non si arriva a toccare il polipo, nè si può sapere perciò precisamente ov'è impiantato, nè il suo modo di unione colla membrana mucosa del retto. E se a questo si aggiunga ancora che sovente la naturale strettezza dell' ano viene aumentata dalla contrazione dello sfintere provocata dalla presenza degli strumenti si concepiranno anche meglio le difficoltà che accompagnano questa operazione. Nella prelodata opera si racconta il caso di un polipo del volume di un' uovo, situato alla distanza di sei dita dall' ano, che Desault, allacciò cogli strumenti, di cui egli servivasi per allacciare i polipi dell' utero. Quest' operazione presentò molte difficoltà, come è facile di supporre, considerando specialmente che il dito esploratore non poteva arrivare a toccare il peduncolo del polipo. Il polipo cadde in capo a otto giorni, e il malato guarì. Ma questa osservazione non deve fare autorità, e tutte le volte che col dito non si arriva a sentire il polipo, bisogna astenersi dal ricorrere a questa operazione, per timore di allacciare in vece di un polipo, un tumore di tutt'altra natura, la cui sezione potrebbe esser mortale, come per esempio, succederebbe sicuramente nel caso, in cui il tumore fosse formato dal colon invaginato nel retto.

Io ho osservato una malattia del retto che ha la più grande analogia con i polipi. Il figlio di uno dei Portieri del bosco di Boulogne, dell' età di 15 in 16 anni, di piccola statura e di debol temperamento, era tormentato da lungo tempo da un tenesmo abituale, accompagnato da uno scolo mucoso e sanguigno dell' ano. Un giorno egli si accorse nell' andar di corpo che gli usciva fuori un tumore dal retto, e che rientrava da per se stesso, cessando di ponzare. Fu creduto questo tumore una procidenza del retto, nè vi si fece molta attenzione. Frattanto questo tumore era andato poco a poco crescendo, rientrava più difficilmente, e lo scolo del mucco e del sangue era più abbondante. Erano scorsi tre anni da che esisteva questa malattia, quando viddi il malato. Egli era debole, sfinito, e di un colore giallo plumbeo. Il tumore che usciva dall' ano nel tempo dell' escrezione delle feccie, era grosso quanto due pugni, ed era formato da parecchi lobi, il cui insieme rassomigliava molto all' omento della vitella. Era molle, fungoso, e marmorizzato, e gemeva dalla sua superficie un' abbondante mucosità. La riduzione n' era facile, perchè l' ano era ampio. Il dito introdotto nell' intestino dopo che era rientrato il tumore, incontrava in ogni parte delle fungosità, che parevano nascere da tutta la superficie della membrana mucosa. Il progressivo deperimento di questo malato annunziando una morte vicina ed inevitabile, io proposi, l' asportazione di questa fungosità come l' unico mezzo di guarigione. I genitori di questo giovine mostrarono da principio molta repugnanza per l' operazione, ma alla fine vi acconsentirono. Ecco il modo, come la praticai: il malato avendo preso un clistere per fare uscir fuori il tumore, questi comparve intieramente all' esterno nel tempo che lo stesso malato ponzava gagliardamente. Lo situai a sponda di letto nella stessa posizione come per l' operazione della fistola all' ano. Feci passare con un ago, dei fili incerati nelle differenti porzioni del tumore, per fissarle all' esterno; e quindi l' estirpai tutte una dopo l' altra, servendomi ora del bisturino ora delle cesoie, secondo, che l' uno o l' altro di questi strumenti mi sembrava più proprio a compiere il mio disegno. Nel tempo di questa operazione il sangue sporgeva in copia da tutta la superficie della piaga, e quando l' ebbi terminata, e che la porzione che corrispondeva al retto fu riposta, l' emorragia continuò internamente, e si stravasò in pochi momenti una gran quantità di sangue nel retto. Raccomandai al malato di fare degli sforzi per espellerlo, dopo di che stuellai l'in-

testino secondo il metodo di G. L. Petit. La dilatazione del retto era così grande, che abbisognò per riempirlo, una enorme quantità di fila. Non sopraggiunse alcun accidente all' eccezione di una ritenzione d' orina, per cui fu necessario siringare il malato, e lasciare la siringa in vescica fino al terzo giorno, in cui fu tolto l' apparecchio. Introdussi allora nel retto delle grosse meccie di fila spalmate di cerotto, e feci fare in questo intestino delle iniezioni di acqua d' orzo con miele, e fu continuato l'uso di questi rimedi per due mesi. La salute del malato divenne migliore, e si credeva intieramente guarito. Frattanto l' escrescenza, che non avevo potuto estirpare intieramente, incominciò a divenire più voluminosa, e alla fine di diciotto mesi era così grossa come innanzi l'operazione. Il temporario successo della prima operazione, indusse i genitori e lo stesso malato a domandarne una seconda. Cedei alle loro istanze, ed ebbe come la prima una specie di successo. Io non ho più veduto il malato, nè so cosa ne sia addivenuto, ma sono inclinatissimo a credere che la malattia si sia riprodotta, e che l' abbia fatto perire.

Trioen racconta nella sua raccolta di osservazioni, un fatto che offre molta analogia con quello, che ho narrato. Una ragazza di 36 anni divenne incinta, e cadde in una profonda melanconia. Fu attaccata da dolorosissime emorroidi interne, con ostinata costipazione ed evacuazione di sangue dall' ano. Un purgante che essa prese fece uscir fuori dal retto un tumore voluminoso, esulcerato e scirroso, il quale era di ostacolo al passaggio delle materie fecali. Ne fu fatta la recisione con strumento tagliente, e dopo una metodica medicatura la ragazza ne parve perfettamente guarita. Poco tempo dopo furono sentite ancora nell' retto dalla parte opposta a quella del tumore estirpato, una moltitudine di escrescenze fungose, delle quali ne fu asportata una parte, poichè il numero n'era così grande, che non fu possibile di estirpare tutte quelle, che si sentivano col dito. Una suppurazione fetida e gangrenosa del retto (1) tolse questa ragazza di vita, ed alle pene, che soffriva.

Le Dran ha descritto sotto il nome di emorroidi, un tumore, che non era altro che un polipo del retto. Un' uomo di 60 anni passati, era tormentato dall' emorroidi interne, che fin da molto tempo gli cagionavano la procidenza dell' ano, allorchè andava di corpo, e nel tempo stesso usciva fuori anche un corpo carnoso e spongioso, sostenuto dai vasi, che lo nutrivano, e presso a poco nel modo stesso che un grappol d' uva pende dal suo gambo. Il malato perdeva molto sangue e della sierosità, ciò, che l' indeboliva a segno, da non poter più camminare. Esso trovava molta difficoltà nel fare rientrare questo tumore dopo che era andato di corpo, ma quando era tornato indentro, cessava di soffrire. Gli erano stati ordinati dei rimedi, creduti capaci di arrestare il sangue, d' impedire l' esulcerazione e di ristringere quella escrescenza; ma non produssero niuno effetto salutare. Le Dran l' operò in presenza di molti altri chirurghi; esso allacciò prima di tutto il peduncolo del tumore, e quindi lo tagliò al disotto della legatura, ripose il margine dell' ano e una porzione del retto, che formavano un tumoretto all' esterno, e introdusse nell' intestino un grosso stuello di fila, bagnato in un' acqua stittica.

Due giorni dopo estrasse lo stuello per mezzo di un filo, che ci aveva attaccato, e che era differente da quello, con cui aveva allacciato il peduncolo del polipo, a fine di riconoscerlo. Il malato stiede sei giorni senza andar di corpo, e nell' ottavo cadde l' allacciatura. Allora furono fatte delle iniezioni d' acqua vulneraria per quattro giorni, e da quel tempo in poi il malato non ha più sofferto il minimo incomodo. La procidenza dell' ano scomparve anch' essa, e quest'uomo riacquistò il suo colore e le sue antiche forze (2).

ARTICOLO IX.

Delle affezioni veneree dell'ano e del retto.

Queste affezioni si presentano sotto tre forme principali; di ulceri, cioè, di ragadi, e di escrescenze.

(1) *Trioen, Obs. med. chir. fasc. p.* 55.
(2) *Osser. di Chirurg. Oss.* 88 *p.* 228.

Le ulceri veneree dell'ano e del retto sono molto frequenti in ambedue i sessi. Esse possono essere primitive o consecutive; nel primo caso sono prodotte dall'immediata applicazione del virus venereo su queste parti; e nel secondo possono nascere in conseguenza di una causa analoga, ma il più di sovente si manifestano nelle persone, le quali da un tempo più o meno lungo, hanno già contratta la lue per la via della generazione.

L'emorroidi esulcerate e gli strappi dell'ano, prodotti dalla intromissione, o espulsione di corpi molto voluminosi, possono offrire qualche somiglianza con queste ulceri, ma l'esulcerazioni emorroidali sono precedute da infiammazione, e spesso sono ancora sostenute da dei prolungamenti della pelle: gli strappi dell'ano, cagionati da una forzata distensione, hanno una figura allungata, occupano il solo contorno dell'ano, e nel formarsi, l'individuo ha perduto del sangue, ed ha risentito un vivo dolore.

L'ulceri veneree dell'ano sono ordinariamente di una più difficil guarigione di quelle, che attaccano altre parti, a cagione della dilatazione e ristringimento, che alternativamente si succedono nell'ano medesimo. Si è cercato di rendere questi movimenti meno nocivi tenendo il ventre libero, e attenuando il volume e la consistenza delle materie fecali, ma l'inconveniente è stato solamente diminuito, non però tolto.

La cura di queste ulceri è locale e generale: si astergono con dei liquidi ammollienti, mucillagginosi e narcotici: s'introducono nel retto delle meccie spalmate di unguento mercuriale: si prescrive una cura interna, atta a distruggere il virus sifilittico in tutta l'economia. Qualche volta lasciano queste ulceri, allorchè sono state contratte in un commercio antifisico, uno scolo sieroso dall'ano. Del rimanente queste diverse affezioni veneree non risvegliano l'ingorgo delle glandule linfatiche degl'inguini, come quelle, che occupano gli organi genitali.

L'ulcere veneree più pericolose sono quelle dell'interno del retto; esse distruggono talvolta la parete retto-vaginale nella donna, e la parete retto-vescicale negli uomini, e questa perforazione è sempre incurabile. Il Sig. Cullerier ne ha osservati due casi di guarigione spontanea, ma giammai ha ceduto ai mezzi dell'arte.

Le ragadi sono delle fessure, che si osservano molto frequentemente nelle ripiegature dell'ano, e che spessissimo dipendono dal virus venereo. Talvolta sono primitive, ma nel maggior numero di casi, riconoscono per causa la sifilide costituzionale. Quando sono superficiali e poco dolenti, e che hanno i bordi uniti e molli, e tramandano un pus di buona qualità, non presentano alcun pericolo, e guariscono facilmente. Nelle opposte condizioni, e specialmente se cagionano molto dolore nel camminare e nell'andar di corpo, la loro guarigione è molto difficile. Tanto nel primo caso, che in questo secondo la cura delle ragadi è press'a poco la stessa, e consiste nei mercuriali internamente amministrati, ai quali si associano i sudorifici, se la malattia è antica. Localmente si raccomanda in principio molta nettezza e sulla fine si usano i topici mercuriali, e si può ricorrere anche agli oppiati, quando l'ulceri sono dolorosissime.

L'escrescenze sifilittiche che hanno la sede nell'ano, portano vari nomi come quelle, che occupano gli organi della generazione; si chiamano condilomi, porri fichi, creste di gallo, verruche, fragole, more ec. secondo la loro forma e figura. Queste escrescenze non occupano quasi mai l'intestino retto. Cullerier non ne ha mai incontrate al di là dello sfintere, ma più volte ne ha vedute di quelle, che sembrava che provenissero dalla membrana muccosa del retto, ma esaminandole attentamente ha trovato che nascevano solamente a qualche distanza dallo sfintere.

Si crede che molte specie di queste escrescenze, come i porri fichi, le creste, i condilomi, siano sempre la conseguenza di un commercio contro natura; ma questa opinione è erronea, poichè il più delle volte non sono che i sintomi della sifilide già contratta per altre vie.

L'escrescenze che nascono all'ano non sono sempre veneree. In alcuni casi non sono altro che tumori emorroidali appassiti, e possono sparire in parte mediante l'uso dei topici ammollienti, e degli unguenti.

L'escrescenze veneree del contorno dell'ano cedono talvolta sotto la cura del-

l'universale; ma il più di sovente scompariscono sotto l'uso dei topici mercuriali, come la soluzione convenientemente allungata di sublimato corrosivo, e l'unguento mercuriale. Alcune volte però bisogna distruggerle con i caustici, colla legatura, o col ferro. Questi differenti mezzi convengono in circostanze particolari.

I caustici leggieri possono impiegarsi contro le vegetazioni che sembrano formate dalla dilatazione dei vasi sanguigni, specialmente quando queste vegetazioni sono recenti, rosse e molli.

I caustici più attivi devono usarsi contro l'escrescenze, che fanno corpo colla pelle, nelle quali sarebbe sempre preferibile il ferro, se la pusillanimità dei malati non vi si opponesse.

L'allacciatura conviene nell'escrescenze solitarie, e sostenute da un sottil peduncolo.

La recisione col bisturino, fatta colle cesoie, è preferibile nel maggior numero di casi a tutti gli altri mezzi.

ARTICOLO X.

Del cancro del retto.

Il cancro del retto si presenta sotto differentissime forme. Più di una volta uomini abilissimi, hanno confuso qnest'affezione con altre malattie ben meno gravi.

Egli è dunque importante di descrivere questo cancro colle principali modificazioni che può offrire, e d'indicare esattamente i segni, che lo distinguono dalle malattie che lo rassomigliano.

Questa malattia attacca i due sessi: alcuni medici l'hanno osservato più frequentemente nelle donne, ma io l'ho incontrato più spesso negli uomini. Questa, come tutte le altre affezioni cancerose, si manifesta nell'età adulta, cioè, dai trenta ai cinquant'anni. Io peraltro ho avuto luogo di osservarla in un giovine di 18 anni. Le cause occasionali del cancro del retto sono oscurissime; in alcuni casi è sembrato dipendere dall'irritazione dell'emorroidi, da un'affezione erpetica, o sifilittica del contorno dell'ano, e da un abituale costipazione.

Il cancro del retto occupa talvolta l'ano, o qualche punto poco lontano da quest'orifizio, ma il più di sovente ha la sua sede un pollice o due al di sopra dello sfintere.

I primi sintomi che accusa il malato sono un peso e una molestia verso l'ano e talvolta delle stirature, e dei dolori acuti e momentanei, che si fanno specialmente sentire nel tempo dell'evacuazione delle feccie. Questa escrezione diviene difficile e dolorosa, e in alcuni soggetti è seguita da uno scolo muccoso o sanguinolento. Se si esaminino a quest'epoca le parti malate, e se il cancro occupi l'ano, si trova ordinariamente un sol tubercolo in un punto della sua circonferenza; questo tubercolo aumenta di volume, e finisce sovente coll'estendersi a tutto il contorno dell'ano; e in quanto al resto, offre successivamente tutti i gradi di alterazione, che appartengono alle malattie di questo genere. Quando il cancro ha la sua sede nell'interno del retto, ora vi forma un'anello duro, che ristringe più o meno la cavità dell'intestino, o la riduce a una specie di filiera, per la quale non possono passare che le materie sciolte, o almeno molto molli; ora apparisce sotto la forma di uno o più tubercoli, attaccati nell'intestino con larga base, e che lo riempiono più o meno completamente, e che per conseguenza oppongono un maggiore o minore ostacolo al passaggio delle fecce. Il dito esploratore introdotto nel retto riconosce queste diverse disposizioni, e fino a qual punto giunge il ristringimento dell'intestino; ma non può sempre per altro distinguere i confini del male, sia perchè si estendono al di là della sua portata, o perchè il ristringimento è tale che non gli permette di trascurarlo. Sovente questa esplorazione è accompagnata da molto dolore.

Questa malattia fa dei progressi continovi, ma lenti. Il volume e la durezza del cancro divengono sempre più considerabili; vi si formano delle ineguaglianze e delle anfrattuosità; e i dolori, che in principio erano sordi, divengono acuti e lancinanti. L'escrezione delle materie fecali è accompagnata in alcuni individui da dolori così atroci, che si privano di prendere cibo per non andar di corpo. In altri, la defecazione dopo essere stata dolorosa, diviene impossibile, o la perclusione dell'intestino può portare alla morte o con rottura dell'intestino medesimo al di sopra dell'ostacolo, o con i sintomi di una colera. Talvolta l'infiammazione del peritoneo produce lo stesso ef-

fetto. Nel maggior numero de casi, la morte non è così pronta, ma viene lentamente e con tutti i segni della cachessia cancerosa. Alcune volte l'esulcerazione del retto si estende alle parti contigue e si forma una perforazione nella parete retto-vescicale nell'uomo, o retto-vaginale nella donna. Altre volte i tegumenti del contorno dell'ano divengono la sede di vegetazioni cancerose. Sovente si aggiunge ancora a questi sconcerti uno scolo continuo e involontario di materie saniose dall'ano, che contribuisce ad affrettare il funesto fine del malato. Questo fine è sovente preceduto dall'infiltrazione delle membra abdominali.

Il diagnostico di questa malattia è sempre facile per colui, che esamina il retto prima di pronunziare il suo giudizio. Parecchie volte è successo a dei medici, che hanno trascurato l'esplorazione di questo intestino, di prendere un cancro per una affezione emorroidale, o per una diarrea idiopatica; nè sarebbero caduti in questo errore, se avessero praticato il riscontro. Vi sono altre malattie del retto, che possono ancora simulare meglio questa, di cui si parla. Tal'è l'ingorgo linfatico del contorno dell'ano, che produce talvolta un ristringimento duro, ineguale, bernoccoluto delle membrane del retto, e che dà luogo in seguito a delle esulcerazioni molto dolorose. Ma questi tumori hanno questo di particolare, di sparire, cioè, sotto una pressione lungamente continuata, come quella, per esempio, esercitata dalle meccie; e non producono i sintomi della cachessia cancerosa. È in casi consimili che Desault e Bigarous hanno ottenuto con questi mezzi la guarigione di pretesi cancri del retto. L'ulceri veneree dell'ano trascurate, o male medicate, danno luogo talvolta a un' ingorgo, che ha l' aspetto di uno scirro, ma le precedenti circostanze e l' uso del mercurio conducono ordinariamente a conoscere la natura della malattia. È probabile che Morgagni abbia commesso uno sbaglio di questo genere nei casi, nei quali ha veduto guarire il *cancro del retto* colle preparazioni mercuriali.

Il cancro del retto è una malattia costantemente mortale. Se alcuni medici l'hanno pretesa curabile, ciò dipende dall'essersi essi ingannati nella diagnosi. Alcuni hanno forse considerato come una guarigione, il passeggiero miglioramento, che produce in qualche malato l'uso delle meccie o delle candelette. In quanto a me ho sovente impiegato questi mezzi in dei casi, che sembravano molto favorevoli, e non ne ho ottenuti altri effetti che l' ingrandimento del tubo intestinale nel luogo affetto, e un più facil passaggio delle materie fecali. Questa compressione è specialmente utile allorchè la malattia è tuttora nello stato di scirro, e giova ancora nell'ingorgo venereo e linfatico. Ma se la compressione può essere utile nello scirro, è nociva per altro nel cancro, specialmente quando è esulcerato o fungoso. L' introduzione delle meccie è allora dolorosa, e cagiona delle lacerazioni, che esacerbano il male, e possono accelerarne i progressi, e molti malati poi tormentati dal bisogno di andar di corpo, non possono sopportarle. Ciò nondimeno se vi si ricorre, bisogna uniformarsi alle seguenti regole: si aumenta gradatamente il volume delle meccie, e quando è giunto ad essere considerabile, si formano alquanto più grosse dal lato, per cui s'introducono, che dall'altro lato, che rimane abbracciato dall'ano, poichè quest' apertura non può, nè deve essere dilatata. Devono poi essere spalmate con qualche pomata nei casi ordinari; coll'unguento mercuriato, quando la malattia è prodotta dal virus venereo, e colla pomata oppiata allorchè il retto è la sede di vivi dolori: finalmente, bisogna servirsi di un portameccie assai lungo, affinchè lo stuello sia spinto al di là del ristringimento, quando ciò è possibile.

L' estirpazione del cancro del retto, consigliata da qualche chirurgo mi sembra costantemente impossibile, o nociva. Si comprende facilmente che se si trattasse di un tumor canceroso di sottil base situato nel contorno dell' ano, non solo si potrebbe estirpare, ma anche con qualche speranza di successo; ma è così raro che questa malattia si presenti sotto questa forma, che non si è avuta forse ancora l'occasione di osservarla.

Se il cancro del retto sembrasse collegato con una diatesi erpetica, converrebbe, specialmente in principio, prescrivere una cura adattata al vizio erpetico. Se vi fosse sospetto di una malattia venerea, bisognerebbe ricorrere al mercurio, ma prima di determinarsi a far uso

di questo rimedio si dovrà pesarne i vantaggi, e gl'inconvenienti che possono risultarne, e non perder di vista che un tal medicamento sarà altrettanto nocivo, se la malattia è cancerosa, quanto utile se è venerea.

Alcuni pratici amministrano nel cancro del retto l'estratto o la polvere di cicuta; ma questo rimedio, sempre insufficente nelle malattie cancerose, qualunque ne sia la loro sede, è sovente nocivo nel cancro, di cui si parla, conforme ho più volte avuto luogo di assicurarmene.

In conclusione, o si abbia ricorso nel cancro del retto all'uso delle meccie, o che non possiamo servircene atteso qualcuna di quelle circostanze indicate, che si escludono, la cura n'è sempre palliativa. Si raccomanda al malato un blando regime, proprio a mantenere alquanto libero il ventre; si diminuisce la consistenza delle materie fecali iniettando nel retto per mezzo di una cannula di gomma elastica che penetri al di là del ristringimento, un liquido mucillagginoso; e se questi mezzi sono insufficienti, si ricorre anche di tempo in tempo ad un blando lassativo. Nei casi, in cui le digestioni sono lente e penose, si amministrano gli estratti di ginepro, di cicoria, e di china china. Se i dolori sono molto forti, e cagionano la vigilia, si prescrive l'oppio internamente, o per iniezione nel retto a dosi progressivamente più forti, a misura che il malato ci si abitua.

CAPITOLO II.

Malattie delle parti genitali dell' uomo.

Si distinguono queste malattie in quelle, che attaccano gl'involucri dei testicoli, i i testicoli medesimi, ed il cordone spermatico, ed in quelle che attaccano la verga.

ARTICOLO I.

Delle malattie degli involucri dei testicoli.

Queste malattie sono, oltre le piaghe, l'infiammazione, la gangrena e l'ulceri, l'idrocele, l'ematocele e il varicocele.

— Le piaghe dello scroto sono rarissime, perchè questa parte è poco esposta all'azione dei corpi vulneranti. I loro sintomi non presentano niente di particolare, e la cura vi è la stessa di quella già esposta, per le piaghe semplici e complicate.

— L'infiammazione dello scroto prodotta da cause esterne, non merita parimente una speciale descrizione. L'infiammazione erisipelacea, che nasce spontaneamente, offre alcune particolarità, che devono essere conosciute. Questa infiammazione determina una considerabil gonfiezza, si estende alla pelle della verga, ed in qualche caso anche al canale dell'uretra e alla vescica; il prepuzio diviene voluminoso, deforme, avvi fimosi passeggiero e sovente tumefazione delle glandule inguinali. Il corso di questa erisipela è rapidissimo, e spesso termina in gangrena. Questo accidente è in generale più spaventevole che pericoloso, poichè nel maggior numero dei casi non solo i malati guariscono, ma anche assai presto, vedendosi in poche settimane cicatrizzare l'ulceri, che lascia la caduta dell'escare. Nella cura di questa specie di eresipela si fa uso della china china ridotta in finissima polvere, della canfora, e della mirra, o dell'unguento canforato, steso sopra delle faldelle di fila.

In alcuni casi l'eresipela dello scroto è sembrata essere la crise di una malattia acuta, come se ne trova un'esempio nel quarantaduesimo volume dell' antico giornale di medicina.

— La gangrena dello scroto è talvolta la conseguenza delle contusioni di questo involucro dei testicoli: sovente succede all'eresipela, come abbiamo detto di sopra, altre volte è prodotta da una causa morbosa, la quale, dopo avere cagionato un general disturbo nelle funzioni, sembra arrestarsi su questa parte; e può provenire ancora da una infiltrazione d'orina nel tessuto cellulare delle borse. In queste diverse circostanze la cura dev'essere

modificata secondo la causa, che ha prodotta la gangrena. Parecchi autori hanno parlato della riproduzione dello scroto gangrenato, ma oggi è dimostrato che questa rigenerazione non è che apparente, e che in quei casi, in cui per conseguenza di una considerabile gonfiezza infiammatoria si forma una o più escare anche assai estese, queste escare non corrispondono che a una porzione dello scroto, e la cedevolezza di questo involucro permette facilmente alle rimanenti parti di riunirsi insieme. Per altro non è impossibile la totale gangrena dello scroto; ma in tal caso la cicatrice sarebbe molto più tarda, e non acquisterebbe lo aspetto che è proprio dei tegumenti di questa parte.

— Dell'ulceri di diversa specie possono attaccare le borse. Quelle che vi si osservano il più di frequente sono l'effetto della separazione dell'escare, che si sono formate nell'eresipela gangrenosa, o del virus venereo.

Le piaghe che succedono alla separazione dell'escare si cicatrizzano talvolta spontaneamente, ma nei soggetti deboli, scrofolosi, o attaccati da gravi malattie, queste piaghe si convertono qualche volta in ulceri, che sovente si estendono serpentinamente verso le parti vicine. Si arriva ad arrestarne i progressi mediante una medicatura metodica coll' unguento canforato, con un digestivo attivato da qualche polvere aromatica, e coll'uso dei rimedi interni, appropriati allo stato del malato.

— L' ulcere veneree dello scroto sono talvolta primitive; e si sviluppano alcuni giorni dopo un' impuro commercio, e sono la conseguenza immediata del virus sifilitico, il quale nel commercio stesso è stato portato a contatto dello scroto. Cullerier ha veduto delle ulceri di questo genere comparire poco dopo il coito in alcuni individui, i quali mediante le precauzioni prese, non potevano aver contratta la sifilide per la verga. Altre volte queste ulceri veneree dello scroto sono consecutive: si cominciano a vedere su questa parte dei bottoni o delle pustole, che si trasformano in ulceri. In ambedue i casi queste ulceri una volta formate, prendono l' aspetto proprio di quelle sifilittiche; sono poco profonde, la loro superficie è grigiastra, e i loro bordi tagliati a picco. L' uso interno ed esterno del mercurio ne procura ordinariamente una pronta guarigione.

Dell' idrocele.

Si chiama idrocele un tumore acquoso dello scroto. Se ne distinguono parecchie specie, secondo che la sierosità che forma il tumore occupa tale, o tal' altra parte dello scroto, e secondo che è stravasata nelle cellule del tessuto cellulare, o raccolta in un sacco. Allorchè il siere infiltra le cellule del tessuto cellulare, la malattia si chiama idrocele per infiltrazione: prende il nome d' idrocele per stravaso, quando il fluido è raccolto in un sacco. L' idrocele per infiltrazione differisce secondo che l' acqua è stravasata in tutta la estensione delle borse, o che è infiltrata solamente nelle cellule del tessuto cellulare, che unisce insieme i vasi spermatici: nel primo caso si chiama semplicemente idrocele per infiltrazione, o edema dello scroto; e nel secondo si dice idrocele cellulare del cordone spermatico. Il siere che forma l' idrocele per stravaso può essere raccolto in diversi luoghi: il più di sovente occupa la tunica vaginale: talvolta è contenuto in una cisti formatasi dall' addossamento delle lamine del tessuto cellulare del cordone spermatico, e altre volte è contenuto in un sacco erniario. Di qui nasce la distinzione dell' idrocele per stravaso, in idrocele della tunica vaginale, idrocele cistica del cordone, e in idrocele in un sacco erniario. Ordinariamente non esiste che una di queste tre specie d' idrocele per stravaso nello stesso individuo; talvolta per altro ne esistono due, e Le Dran ha trovato riunite tutte tre queste specie.

Dell' idrocele per infiltrazione, o edema dello scroto.

Questa specie di idrocele è raramente idiopatica, ma quasi sempre è sintomatica, cioè a dire, è l' effetto di un' altra malattia.

L' idrocele per infiltrazione idiopatica non nasce quasi che nei bambini ancor lattanti, sia a causa della compressione, cui sono rimaste esposte le borse, o della irritazione che producono l' orine su questa parte, da cui è sovente bagnata. Si osserva talvolta anche nei vecchi, nei quali lo scroto rilasciato e pendente è irritato dalle confricazioni che soffre, e dall' orina, poichè gli uomini molto avanzati in età

ne perdono quasi sempre un poca invo-lontariamente. Questa specie di idrocele è raramente considerabile, e non si estende mai al di là dello scroto. Vi si rimedia colla nettezza, e con dei topici risolventi, come l' acqua di calce mescolata coll' ac-qua vite, una decozione di rose galli-che ec. Nei vecchi bisogna aggiungere a questi rimedi l' uso di un sospensorio.

L' idrocele per infiltrazione sintomatica è sovente la conseguenza della idropisia ascite, dell' idrotorace, dell' anasarca, e anche dell' edema delle gambe e delle coscie. Si presenta sotto la forma di un tumore molle, che occupa ordinariamente tutto lo scroto, senza dolore, senza calore e rossore; comprimendolo con un dito, ne conserva la impressione per qualche momento, e non sparisce che poco a poco. Se la tumefazione è mediocre, la pelle dello scroto conserva qualche rugosità; il rafè divide esattamente il tumore in due parti, e vi si distinguono a destra, e a sinistra i testicoli verso il centro; il cor-done spermatico è libero, e conserva il suo natural volume. Se poi il tumore è molto voluminoso, le rughe della pelle spariscono tutte; questa membrana è tesa e liscia; il tumore è più duro, e il calore vi è scemato; la pelle della verga partecipa della infiltrazione, e il prepuzio ingros-sato e bistorto, oppone sovente un' osta-colo all' uscita dell' orina. I sintomi co-muni a tutte le idropisie, e quelli propri dell' anasarca accompagnano poi questi fenomeni locali, che ho esposto. Si può ancora aggiungere a questi sintomi, la intima aderenza dello scroto col tumore, la immobilità di quest' ultimo, e la im-possibilità di sollevare i tegumenti, come può farsi sovente nell' idrocele per stra-vaso.

L' edema dello scroto non esige il più di sovente che dei rimedi interni appro-priati alla malattia, di cui è la conse-guenza. Ma in quei casi, nei quali l'edema è giunto al più alto grado, i rimedi in-terni non sono bastanti, o non agiscono colla prontezza necessaria, e bisogna per-ciò unirvi i mezzi chirurgici, specialmente quando l'estremo volume dello scroto im-pedisce al malato di sedere, l' obbliga a tenere continuamente le cosce larghe, e fa temere ancora la gangrena, attesa la eccessiva distensione dei tegumenti; infine i soccorsi della chirurgia sono parimente indicati, quando la distorsione del pre-puzio impedisce lo scolo dell' orina. In tutti questi casi è urgente di procurare un' esito all' acqua per mezzo d' incisioni o di semplici punture.

Anticamente si faceva su ciascun lato dello scroto un' incisione longitudinale, parallela al rafè, dandole quell' estensione e profondità che comportava il tumore. Queste incisioni che penetrano profonda-mente nel tessuto cellulare, procurano un abbondante sgorgo e una pronta di-minuzione nel volume del tumore; ma siccome le parti hanno perduto il loro tuono e che la vita vi languisce, la gan-grena se n' impadronisce quasi sempre, e questo accidente rende molto più grave la malattia principale, e affretta la morte; onde che i chirurghi hanno rigettato da lungo tempo queste incisioni.

Le punture, che non interessano che l' epidermide e la superficie della pelle, non hanno gl' inconvenienti dell' incisioni, e il loro effetto è lo stesso. È vero che si richiedono prontamente, e che è ne-cessario di rinnovarle spesso; ma siccome non sono dolorose, i malati vi si sotto-mettono volentieri. Si fanno colla punta di una lancetta, e si moltiplicano secondo il bisogno, avendo l' attenzione di lasciare fra loro un' intervallo bastante affinchè le areole infiammatorie, che sovente le circondano in capo a pochi giorni, non possano riunirsi. Queste punture guari-scono spontaneamente senza il soccorso di alcun topico, basta solamente coprire la parte con una pezzetta di tela fine. Se qualcuna suppura, si medica col ce-rotto steso su di un pezzo di tela.

Queste punture non sono per altro sempre prive di pericolo; ho osservato dei casi, ove esse avevano prodotto la gangrena di tutto lo scroto. Questo ac-cidente sarebbe da temersi specialmente se la pelle delle borse fosse erisipelatosa, come accade di frequente. E quindi è che non si devono praticare che nei casi di necessità assoluta, nè vi si deve ricorrere allorchè l' idrocele per infiltrazione è ac-compagnato da infiammazione erisipelacea dello scroto.

Dell' idrocele celluloso o per infiltrazione del cordone spermatico.

È stato dato questo nome a un tumore formato da acqua infiltrata nelle cellule del tessuto cellulare del cordone sperma-

tico. Si comprenderà finalmente come l' umore acquoso rimanga in queste cellule, senza spandersi per tutto il tessuto cellulare dello scroto, se si rifletta, 1.° che le parti, le quali formano il cordone sono unite insieme per mezzo del tessuto cellulare, che è un prolungamento di quello che circonda queste parti nel ventre; 2.° che le lamine le più interne di questo tessuto, s' introducono negl' intervalli dei vasi, che formano il cordone spermatico, distinguono gli uni dagli altri, e gli uniscono insieme; 3.° che le lamine eccentriche più grandi e compatte, formano a questi vasi una guaina membranosa comune, che è ricoperta dal cremastere, e che si continua colla lamina esterna della tunica vaginale; 4.° finalmente che il tessuto cellulare del cordone non ha alcuna comunicazione con quello, che è situato immediatamente sotto la pelle, rimanendone separato dalla anzi detta guaina membranosa.

L' idrocele cellulosa del cordone si presenta sotto un differente aspetto, secondo il suo volume. Finchè è mediocre, lo scroto non sembra malato, eccettuato soltanto nel luogo, in cui non conserva più le rughe, ove apparisce più grosso e pende più in basso da questa parte che dall'altra, e sembra anche più pesante, sospendendolo leggermente sulla palma della mano. Col tatto si distinguono perfettamente il testicolo col suo epididimo al di sotto della tumefazione, e il loro stato naturale non è punto alterato. Il cordone spermatico è molto più grosso dell' ordinario, e sembra di sentire a traverso i tegumenti una varice, o un'ernia epiploica. Quando l' idrocele è assai voluminoso, si presenta sotto la forma di un tumore bislungo, che si estende dal testicolo fino all' anello inguinale. Questo tumore, più largo inferiormente che superiormente a guisa di una piramide, è indolente, compressibile e senza fluttuazione. Sembra ritirarsi o salire dolcemente sotto una leggiera pressione continuata per qualche poco di tempo, ma cessata questa, ricade tosto e colla stessa facilità stando il malato in piedi, o nel letto. È ordinariamente accompagnato da un senso di peso nella regione lombare. Se l' infiltrazione è limitata al cordone spermatico, l' anello inguinale non è dilatato, e si può sentire distintamente il cordone che passa a traverso di quest' apertura. Ma se l' infiltrazione si estende al tessuto cellulare, che circonda i vasi spermatici nel bassoventre, l' anello è ingrandito, e l' aumento di volume del tessuto cellulare che traversa questa apertura, produce al tatto una sensazione che poco differisce da quella che cagiona un' ernia epiploica.

Questa malattia è talvolta puramente locale, prodotta da causa esterna, e limitata al tessuto cellulare del cordone, senza alterazione della costituzione. Altre volte è una conseguenza dell' anasarca, un sintoma di cachessia, e l' infiltrazione si estende fino al bassoventre.

La diagnosi dell' idrocele cellulosa del cordone spermatico è talvolta assai difficile. Si può prendere per una varice del cordone, e specialmente per un' ernia epiploica. In certi casi, la sua somiglianza con quest' ultima malattia è tale, che è quasi impossibile di distinguere l'una dall' altra queste due affezioni, nè giova neppure sempre, per non cadere nello sbaglio, esaminare attentamente tutti i fenomeni della malattia. Ma questo sbaglio non ha per altro niuna conseguenza pericolosa, se prendendo questo tumore per un' ernia; si applica una fasciatura finchè sia completamente ridotta, e se, prendendo l' ernia per un' idrocele, uno non si determini ad aprirla che allorquando è puramente locale.

Finchè l' idrocele cellulosa del cordone è piccola, reclama appena i soccorsi della chirurgia. L' applicazione dei rimedi spiritosi, e aromatici non la guariscono, ma ne ritardano i progressi; e l' uso di un sospensorio basta ordinariamente per far cessare i leggieri incomodi, che cagiona. Ma quando è voluminosa, diviene molto incomoda tanto a cagione del suo stesso volume, che del suo peso; e se il malato desidera di esserne sbarazzato, bisogna ricorrere ad un' operazione senza di cui non ne sarebbe possibile la guarigione radicale. Questa operazione consiste nell' incidere il tumore in tutta la sua lunghezza, a fine di dare esito al fluido sieroso e talvolta viscoso, che è infiltrato sotto la membrana comune nel tessuto cellulare del cordone. Si copre la piaga con una pezzetta di tela fine, su cui si pongono delle fila, e delle compresse, che si mantengono in sito per mezzo di una

adattata fasciatura. Nei primi tre o quattro giorni il siere continua a scolare in abbondanza, ma poscia incomincia la suppurazione, che fa svanire il tumore, e guarire la piaga. Se il testicolo si tumefà e diviene dolente pochi giorni dopo l' incisione, si ricorre ai cataplasmi ammollienti. Allorchè la malattia è puramente locale e limitata al cordone, l'operazione è senza pericolo e la guarisce radicalmente; ma quando l' infiltrazione si estende fino al bassoventre, specialmente se l' edema del cordone è l' effetto di una general cachessia, l' operazione può divenir mortale. In tali casi conviene limitarsi a una cura palliativa, o guarire, se è possibile, la malattia principale.

Dell' idrocele della tunica vaginale.

Di tutte le specie d' idroceli per stravaso, la più comune è quella, che ha la sua sede nella tunica vaginale. La superficie di questa tunica e quella del testicolo sono continuamente umettate dalla sierosità, che esala dall' arterie capillari, e che è incessantemente riassorbita dai vasi destinati a quest' uso. Questa sierosità serve a mantenere queste superficie umide e ad impedire che non aderiscano insieme; ma se ne viene esalata una maggior quantità dell' ordinario, o se la sua regolare assorzione è impedita da qualche causa, si accumula a poco a poco, e distendendo il sacco che la contiene, dà origine alla malattia, di cui si parla.

L' idrocele della tunica vaginale offre delle differenze relative al volume e alla figura del tumore, alla qualità del fluido che la forma, alla grossezza della tunica vaginale, alla situazione e allo stato del testicolo, ed alle diverse circostanze accidentali, dalle quali può esser accompagnata la malattia.

Il volume del tumore è molto variabile. In principio è così piccolo, che i malati stanno sovente del tempo senz' accorgersene. Quindi aumenta gradatamente, e diviene talvolta così considerabile da contenere molte libbre d' acqua. In generale è tanto più grosso, quanto è più antico. Per altro non è raro di vedere degl' idroceli, che dopo avere acquistato un mediocre volume, restano stazionari, o fanno soltanto dei lentissimi progressi. L' aumento del tumore succede sempre in ragione della quantità del fluido esalato, e dell' estensibilità della tunica vaginale. Vi sono dei soggetti, nei quali questa tunica è così poco estensibile, che il tumore non diviene giammai molto voluminoso, ed in tali casi resiste fortemente alla pressione del dito, e presenta una considerabile renitenza. Se n' incontrano altri, in cui questa tunica cede così facilmente alla distensione, che il tumore acquista un' enorme volume, senza divenire molto duro.

Nel principio della malattia il tumore è ordinariamente rotondo, ma a misura che fa dei progressi, esso si allunga e prende una figura ovale, essendo la sua estremità più grossa rivolta in basso. L' ineguale resistenza della tunica vaginale nei suoi differenti punti, un' aderenza contro natura del testicolo con questa tunica, l' uso continuato per lungo tempo del sospensorio, sono altrettante circostanze che possono influire sulla forma del tumore, e renderlo irregolarissimo. Esso presenta talvolta un ristringimento trasverso, una specie di ampia doccia più o meno profonda, che lo divide in due parti, l' inferiore delle quali è sempre la più grossa. Alcune volte questo tumore si sviluppa particolarmente in alto, e ascende fino all' anello inguinale in modo, da permettere a pena di distinguere il cordone spermatico, che esso ricopre. Questa disposizione si osserva specialmente nei bambini, in cui la tunica vaginale copre tutta la parte del cordone compresa fra l' anello e il testicolo.

Il liquido da cui è formata l' idrocele della tunica vaginale, consiste in una sierosità in parte coagulabile, di color citrino simile a quella delle altre idropisie delle membrane sierose. Talvolta questa sierosità è verdastra, scura, sanguinolenta, simile a lavatura di carne.

Si potrebbe credere a prima vista, che il siere che si stravasa tra il testicolo e la tunica vaginale, nel distendere questa tunica, dovesse anche assottigliarla, e che per conseguenza le pareti del sacco che racchiudono il liquido fossero tanto più sottili, che il tumore è più grosso; ma l' esame anatomico delle parti, e ciò che si osserva nel praticare l' operazione necessaria per guarire questa malattia, dimostrano il contrario. Si osserva in fatti che negl' idroceli recenti e di mediocre volume, la tunica vaginale conserva la sua natural grossezza, mentre negl' idro-

celi antichi e voluminosi si trova molto più grossa, che nel suo stato naturale. Questo aumento di grossezza della tunica vaginale è l'ordinaria conseguenza di un'aumento di nutrizione; ma può dipendere ancora da un certo grado d' infiammazione, prodotta da una qualche violenza esterna.

Si concepirebbe una falsa idea della situazione del testicolo e del suo modo di stare nell'idrocele della tunica vaginale, se s'immaginasse quest'organo sospeso in mezzo del liquido, di cui è piena questa tunica, e che circondato intieramente da esso, vi notasse liberamente, e potesse portarsi da una parte e dall'altra. La disposizione delle parti non permette che le cose vadano così. La tunica vaginale, quantunque molto sottile, sembra ciò nonostante composta di due lamine, una esterna più grossa, interna l'altra e molto più sottile. La lamina esterna degenera superiormente in un tessuto cellulare, che si continua colle lamine le più esterne di quello che circonda i vasi, che formano il cordone spermatico. La lamina interna abbandona l'esterna lungo il bordo posterior superiore del testicolo e sulla parte inferiore del cordone, quindi si reflette su questa parte del cordone, sull' epididimo e sul testicolo che essa ricopre, confondendosi talmente colla tunica albuginea, che è impossibile di separarle. Ond'è che la lamina interna della tunica vaginale si comporta relativamente alla parte inferiore del cordone spermatico, al testicolo e all'epididimo, assolutamente come il peritoneo per rapporto ai visceri del basso ventre, cioè a dire, che se si potesse staccarla dal testicolo, dall'epididimo e dal cordone, si avrebbe un piccolo sacco senza apertura, e si vedrebbe che queste parti sono fuori di questo sacco. Risulta da tutto questo, che il siere accumulandosi nella tunica vaginale, l'allontana dal testicolo, il quale rimane attaccato alla parte posteriore del tumore, ora più in alto, ora più in basso, secondo il modo, con cui la tunica vaginale si presta alla sua distensione. Il cambiamento di forma del tumore prodotto dalla compressione lungamente esercitata di un sospensorio, un'aderenza contro natura di un punto della tunica vaginale col testicolo, possono influire sulla situazione di quest' organo: io ho veduto un idrocele molto voluminosa, che stante il modo con cui era stata compressa da un sospensorio, aveva presa una forma bislunga d'avanti indietro; il testicolo era situato nella parte anteriore del tumore, ed avrebbe potuto rimaner ferito dal trequarti, se questo strumento fosse stato impiantato nel luogo, ove si suole ordinariamente insinuare. Prima di fare la punzione di un idrocele, bisogna dunque assicurarsi della situazione del testicolo, a fine di non esporsi a ferirlo: noi indicheremo più sotto i segni, dai quali si rileva il luogo del tumore, occupato dal testicolo.

Allorchè l'idrocele è semplice, l'organizzazione del testicolo non è alterata, ma spessissimo il volume di quest'organo si trova aumentato, la sua struttura è ordinariamente rilasciata, e i vasi spermatici sono il più delle volte varicosi. Talvolta il volume del testicolo diminuisce, e quest'organo si trova come in una specie di atrofia.

L' idrocele della tunica vaginale può essere complicato coll' ingrossamento di questa tunica, con qualche affezione del testicolo, o con qualche altra malattia delle parti vicine. Quando l' idrocele è antico e voluminoso, la tunica vaginale è sempre un poco più grossa che nel suo naturale stato; ma siccome questo leggiero aumento di grossezza è un' effetto ordinario della malattia, e che non se ne può tirare alcuna conseguenza per l'indicazioni curative dell' idrocele o per i mezzi di sodisfarvi, non si riguarda perciò come una complicanza. Ma allorchè la tunica vaginale ha acquistato una grossezza di tre, quattro, sei, o di dieci linee, e più ancora, e che il suo tessuto è denso, serrato, come lardaceo, questo stato è una vera complicanza, e complicanza ben grave, poichè esige quasi sempre l' operazione della castrazione. Riconosce ordinariamente per causa delle successive infiammazioni, determinate da una esterna violenza. Ho veduto un caso, in cui si manifestò in conseguenza dell' iniezione di un' idrocele voluminosissimo, e rese necessaria la castrazione.

L'idrocele della tunica vaginale è più soventemente complicata coll'ingorgo del testicolo, che col morboso ingrossamento di questa tunica. Questo ingorgo è di due

sorte. Talvolta è una semplice tumefazione del testicolo, che diviene più grosso e più duro che nello stato naturale; altre volte è un'ingorgo scirroso o canceroso di quest'organo. Nel primo caso lo stravaso sieroso precede l'ingorgo del testicolo, e questo ingorgo si dissipa cogli stessi mezzi, che convengono per la cura radicale dell' idrocele. Nel secondo caso, al contrario, il testicolo è il primo ad ammalarsi; e per tal causa l'assorzione non avendo più luogo ugualmente e regolarmente, ne nasce la congestione di una certa quantità di siere, e produce quello stato misto, che è stato chiamato *idrosarcocele*. Ma quivi lo stravaso è realmente la conseguenza dell' affezione scirrosa del testicolo, e perciò devono dedursi da quest' affezione le induzioni curative della malattia, e non dallo stravaso sieroso. L' idrocele della tunica vaginale si trova congiunto talvolta all' idropisia cistica del cordone, a un'ernia inguinale, o a qualche altra malattia delle parti genitali. Ma la coesistenza di queste malattie non cambia niente alle indicazioni proprie a ciascuna di esse.

L' idrocele della tunica vaginale può manifestarsi in tutte l' età: è frequente nell'età adulta, e si osserva talvolta anche nei primi anni della vita, ed in qualche caso al momento della nascita; ma quasi sempre in tali casi dipende da una particolare disposizione della tunica vaginale, la cui comunicazione colla cavità del peritoneo non è ancora interrotta. È stata designata coll'epiteto di congenitale questa varietà d' idrocele, che ha dei caratteri particolari, dei quali parleremo fra poco.

La mancanza di proporzione tra la quantità del siere esalato nella tunica vaginale, è quella che è assorbita, deve riguardarsi come la causa prossima e immediata dell' idropisia di questa tunica. Questa disproporzione dipende talvolta dall'essere l'esalazione maggiore dell'assorzione, o dalla diminuzione di quest' ultima funzione, mentre l'esalazione si mantiene sempre la stessa. Nel primo caso, che è il più raro, l'idrocele è attivo ed i suoi progressi sono rapidi; nel secondo, che è il più ordinario, l'idrocele è passivo, e il suo sviluppo è lento, graduato, e nel tempo istesso esente da ogni dolore in modo, che il malato ci fa raramente attenzione, e non se n'accorge che allorquando il tumore è divenuto voluminoso. Ma quali sono elleno le cause, che producono questi cambiamenti nell'esalazione e l' assorzione del siere, che lubrifica la superficie del testicolo e della tunica vaginale? Questo è ciò, che s'ignora tuttora. Delle percosse, delle contusioni, una leggiera tumefazione infiammatoria del testicolo, la compressione e l' irritazione del cordone, hanno talvolta preceduto lo sviluppo dell'idrocele, ma il più di sovente questa malattia si è dichiarata senza causa manifesta.

L'idrocele della tunica vaginale si presenta sotto la forma di un tumore, che occupa solamente uno dei lati dello scroto, a meno che non esistano due idroceli, ciò, che non è estremamente raro. Questo tumore è in principio poco voluminoso, rotondo, molle, compressibile e con fluttuazione: comprimendolo, non solamente non sparisce, ma non diminuisce neppure di volume, e non vi rimane l'impressione del dito come nell' edema. In seguito, a misura che il tumore cresce di volume, diviene bislungo, un poco più grosso inferiormente, che superiormente, duro, incompressibile e senza fluttuazione: talvolta è così duro e sì renitente che si potrebbe prendere, non facendovi bene attenzione, per un' ingorgo scirroso del testicolo. Nei primi tempi della malattia quando il tumore è ancora poco voluminoso, molle e compressibile, si può facilmente sentire il testicolo a traverso il siere, che lo circonda, e si trova nella parte posteriore inferiore del tumore; e si può anche distinguere il cordone spermatico. Ma allorchè l'idrocele ha acquistato un volume considerabile, che si è estesa fino all' anello, che è dura, e incompressibile, non si può più distinguere nè il cordone, nè il testicolo: si osserva solamente che il tumore è più duro e più sensibile alla pressione nel luogo, ove è situato il testicolo medesimo. Lo scroto conserva le sue rughe, e la verga il suo natural volume, finchè il tumore è mediocre, ma quando diviene enorme, le rughe svaniscono; la verga diminuisce di volume, e sembra sparire intieramente. Ciò dipende dall' essere la pelle di quest'organo trascinata seco dal tumore a segno, che il prepuzio sparisce totalmente, e non vi rimane che un'apertura, per cui scola l'orina. In questo stato il corpo della

verga riposa sulla parte interna del tumore, ove si può sentire a traverso dei tegumenti, e nell'erezione si sviluppa ancora abbastanza per servire all' uso del matrimonio. Il peso specifico dell'idrocele è molto minore, a volume uguale di quello degli altri tumori, che possono formarsi nelle borse, e nominatamente di quello del sarcocele. Per valutare questo peso si pone una mano sotto il tumore, e si solleva leggermente coll'altra, e poi si lascia cadere sulla mano sottoposta. I chirurghi che per l' abitudine e pratica sono capaci di valutare, per mezzo di questa esperienza, il peso del tumore, ne tirano un gran partito per il diagnostico. La fluttuazione del fluido stravasato e la trasparenza del tumore, sono i due fenomeni i più propri a caratterizzare l'idrocele; ma questi fenomeni non sono sempre ugualmente chiari, e talvolta non esistono neppure. Per conoscere se vi è fluttuazione, si palpa il tumore con ambe le mani, situate una di contro all'altra, comprimendolo alternativamente, non però con tutta la mano, ma con i due pollici solamente di maniera, che il dito che ha cessato di comprimere, rimane applicato sul tumore per sentire l' onda dell'acqua, che spinge verso quella parte la compressione dell'altro dito. In tal guisa l' onda spinta a vicenda dal pollice in movimento, è sentita dall'altro in riposo. Si può sentire la fluttuazione anche in un'altro modo, situando, cioè, una mano su di un lato del tumore, e percuotendo il lato opposto coll' estremità dell' indice o del medio, portati rapidamente dalla flessione all'estensione, come per dare quei colpi chiamati volgarmente buffetti, per mezzo dei quali si viene a imprimere al liquido una leggiera e pronta scossa. Per osservare se vi è trasparenza, bisogna mettersi in una stanza buia, si abbranca posteriormente il tumore colla mano sinistra, tirando lo scroto indietro, a fine di farne sparire le rughe; quindi si situa il bordo cubitale della mano destra sulla parte anteriore del tumore medesimo per intercettare la luce, e si fissano gli occhi in uno dei suoi lati, nel tempo che si fa tenere un lume acceso dal lato opposto in modo, che la luce sia obbligata di traversare il tumore, prima di giungere agli occhi. In alcuni casi la trasparenza è così grande, che si vede anche osservando il tumore in pieno giorno; ma il più delle volte però conviene servirsi di un lume in una stanza oscura, come abbiamo detto, e qualche volta non si giunge a scoprire questa trasparenza, che dopo avere esaminato per lungo tempo il tumore, e variata più volte la situazione del lume. La trasparenza del tumore è un segno certo dell' idrocele, ma non esiste sempre. Il considerabile ingrossamento della tunica vaginale, l'opacità del liquido che contiene, impediscono alla luce di traversare il tumore, il quale non apparisce più trasparente. La trasparenza non solo fa conoscere che il tumore è un idrocele, ma ancora il luogo che occupa il testicolo, e fino a un certo punto, il volume di quest'organo. Per altro bisogna avvertire che l'estensione della parte opaca non è sempre proporzionata al volume del testicolo, il quale non può essere precisamente riconosciuto che dopo l'evacuazione del liquido contenuto nella tunica vaginale.

Allorchè l'idrocele è congenita, si manifesta, come in quella degli adulti, sotto la forma di un tumore leggero, trasparente, elastico ec.; ma offre di più un fenomeno particolare, ed è la sua sparizione sotto la compressione. La comunicazione della tunica vaginale colla cavità del peritoneo non essendo interrotta, il fluido refluisce nel basso ventre, e ritorna nello scroto, obbedendo alle leggi di gravità.

Quando l'idrocele della tunica vaginale presenta tutti i fenomeni, che abbiamo accennati, la sua diagnosi non è oscura; ma allorchè mancano parecchi di questi fenomeni, e specialmente la trasparenza e la fluttuazione, non è facile di conoscere questa malattia, che si può confondere con altri tumori, che si formano nelle borse. In questi casi difficili non si può evitare lo sbaglio se non si rifletta maturamente su i sintomi propri di ciascuno di questi tumori, e su tutte le precedenti circostanze.

Il prognostico dell'idrocele della tunica vaginale non è generalmente pericoloso. Questo tumore è per se stesso indolente, e se produce talvolta, in forza del suo peso, qualche leggiero incomodo nel cordone e nella regione lombare, si dilegua tosto portando il sospensorio. Non è raro il vedere delle persone, che portano una

idrocele da quindici, venti anni e più ancora, senza soffrire altro incomodo, che quello risultante dal volume del tumore, che bisogna vuotare di tempo in tempo per mezzo della punzione. Ma l'idrocele non rimane sempre nel suo stato di semplicità. La tunica vaginale può rompersi nel fare dei gravi sforzi, e sotto una forte compressione, e il fluido che contiene può allora infiltrarsi nel tessuto cellulare dello scroto e della verga, e distenderli prodigiosamente. Ordinariamente questa infiltrazione si dissipa in breve tempo, e l'idrocele ritorna come prima, e talvolta ancora non comparisce più, e il malato se ne trova guarito radicalmente. Io ho veduto una volta nascere in conseguenza di questa infiltrazione un ascesso gangrenoso, che apportò la guarigione radicale dell' idrocele. Ma il più di sovente, allorchè la rottura della tunica vaginale è prodotta da una forte pressione esercitata sul tumore, questa tunica s'infiamma, e s'ingrossa, e se l'idrocele si riproduce, il fluido che la forma è rossastro, o nerastro atteso la sua combinazione con qualche poco di sangue. In alcuni casi l' ingrossamento della tunica vaginale è così considerabile, che non può guarirsi la malattia, se non se asportando questa tunica, e talvolta anche il testicolo, la cui tunica albuginea è pure molto ingrossata. Si comprende bene che in questi casi il prognostico dell' idrocele è più o meno pericoloso, secondo il volume del tumore, il grado d'ingrossamento della tunica vaginale, e lo stato del testicolo.

La cura dell'idrocele è palliativa o radicale. La cura palliativa consiste nel vuotare il tumore mediante la punzione, che si ripete di tempo in tempo. La cura radicale consiste poi non solamente nel dare esito al siere, che riempie la tunica vaginale, ma ancora nell' impedire che non vi si stravasi di nuovo.

Della cura palliativa dell' idrocele.

Molte persone attaccate dall' idrocele, temendo di assoggettarsi ad una dolorosa operazione per guarirne radicalmente, preferiscono piuttosto di sottoporsi di tempo in tempo alla punzione, che è una operazione semplice, facile e poco dolorosa. Questa operazione è la sola che debba eseguirsi nelle persone molto avanzate in età, o di una cattiva salute o che portano un' idrocele estremamente voluminosa. La punzione può esser fatta col trequarti o colla lancetta. Il primo di questi strumenti è il solo, di cui ci serviamo presentemente, perchè rende l'operazione più semplice, e vi è minor pericolo di aprir con esso dei vasi, la cui lesione potrebbe cagionare una effusione di sangue nella tunica vaginale; e perchè procura poi più sicuramente l'esito a tutto il fluido stravasato.

Il luogo del tumore, ove dev'essere fatta la punzione, merita un'attenzione particolare a cagione della situazione del testicolo. Se venisse praticata nel luogo, ove corrisponde quest' organo, sarebbe pericolosa e inutile; pericolosa, perchè pungendo il testicolo, potrebbe nascervi una grave infiammazione; inutile, perchè non procurerebbe l'esito del fluido stravasato. Fuori del caso di aderenze contro natura, il testicolo essendo situato, come abbiamo già detto, nella parte posteriore e media del tumore, la punzione deve essere fatta nella parte anteriore ed inferiore. La trasparenza del tumore in questo luogo, la fluttuazione, che vi si sente ordinariamente ben chiara, e la sua indolenza sotto la compressione, sono indizi sicuri che il testicolo non è ivi aderente, e che si può, senza timore di ferire quest'organo, insinuarvi il trequarti. Se si presentassero dei segni contrari, bisognerebbe fare la punzione sulla parte esterna del tumore. Allorchè questa operazione è stata praticata una o più volte, queste precauzioni non devono essere trascurate, perchè il testicolo può aver contratto dell' aderenze nel luogo, ove ha penetrato il trequarti. Mi è accaduto una volta d'immergere questo strumento nel testicolo, nel fare la punzione nel luogo, ove l'avevo eseguita un'altra volta, e mi accorsi che avevo ferito il testicolo dal vivo dolore, che ne risentì il malato, dalla resistenza che incontrò lo strumento, e dal non vedere uscir l'acqua dalla puntura. Ritirai il trequarti, e lo immersi nuovamente nella parte esterna del tumore, e n'uscì il fluido stravasato. Fortunatamente il malato non ne soffrì alcun'accidente, e sei mesi dopo io guarii poi radicalmente questa idrocele, trattandola col metodo dell' iniezione. Ecco il modo, con cui si pratica la punzione.

Si fa situare il malato supino sul letto, o a sedere sull'orlo di una seggiola, colle

cosce larghe; il chirurgo si situa a destra del medesimo, sia qualunque la parte, che occupa la malattia, e abbranca il tumore colla mano sinistra in modo, da far tendere la pelle e spingere in basso il fluido stravasato. Quindi prende colla destra il trequarti dopo averlo prima unto con un corpo grasso; l'impugna convenientemente per il manico, e stende il dito indice sulla cannula, a fine di fissare il punto, fino a cui lo strumento deve penetrare nel tumore, e lo immerge nella sua parte anteriore inferiore, dirigendolo di basso in alto e dal davanti indietro in modo, da allontanarlo dal testicolo. La mancanza di resistenza fa conoscere che il trequarti è penetrato nel sacco. Allora l'operatore prende la cannula con due dita e la tiene fissa, nel tempo che coll'altra mano ritira lo strumento. Tosto ne scola il fluido stravasato, e lo scroto diminuisce di volume: bisogna però fare attenzione di spingere più oltre la cannula a misura, che il tumore diminuisce di volume, altrimenti cesserebbe lo scolo del siere. Quando tutto il fluido è venuto fuori, si ritira dolcemente la cannula, portandola alternativamente a destra e a sinistra colle dita, nel tempo che coll'altra mano si sostiene la pelle dello scroto; e allorchè la cannula è vicina a venir fuori tutta, si finisce d'estrarre in un sol colpo.

Si applicano poscia delle compresse sullo scroto, e si procura di tenerlo sollevato per mezzo di un sospensorio, e si fa stare il malato in un perfetto riposo per tutto il giorno dell'operazione. È inutile di ricorrere poi ai topici ripercussivi, di cui si faceva uso nei tempi passati in vista di prevenire un nuovo stravaso di siere, non avendo essi alcuna efficacia.

Questa piccola operazione cagiona appena un leggiero dolore al malato, quando è eseguita con uno strumento di buona tempera; esce solamente qualche goccia di sangue dalla ferita, nel momento che si ritira la cannula, ed in pochi giorni rimane cicatrizzata; talvolta la cicatrizzazione ne è stata completa in sole ventiquattro ore.

La punzione dell'idrocele, tutto che sia semplicissima, può dar luogo per altro a parecchi accidenti, come alla puntura del testicolo, alla sua infiammazione, e a una emorragia interna.

La puntura del testicolo può quasi sempre prevenirsi; se, prima d'immergere il trequarti nel tumore, si usano tutti i mezzi propri a far conoscere il luogo, che occupa quest'organo. Per altro bisogna convenire che la grossezza e la distensione degli involucri del testicolo, la opacità del liquido ed alcune altre circostanze, possono dar luogo a questo accidente, senza colpa dell'operatore. Allorchè la punta del trequarti penetra nel testicolo, uno se ne accorge dal dolore, che ne soffre il malato, da una resistenza, che il ferro non incontra quando penetra in un liquido, e talvolta viene ancora del sangue dalla cannula, ritirato il trequarti. In tali casi si deve subito estrarre la cannula, e tornare a praticare la punzione in un'altro luogo, e se continua a versarsi del sangue dalla prima ferita, se ne favorisce lo scolo mediante delicate pressioni sul tumore, qualora non siano dolorose.

La infiammazione del testicolo è talvolta la conseguenza della ferita di quest' organo; dico talvolta, perchè in due casi, dove mi è accaduto di ferirlo assai profondamente, non è sopraggiunto alcuno accidente. D'altronde l'infiammazione nasce il più di sovente senza che il testicolo sia rimasto ferito, anzi senza poterne assegnare la causa. Si dichiara due o tre giorni dopo l'operazione, con una tumefazione e una tensione considerabile delle parti; e si combatte con li ordinari rimedi. Quando giunge ad un grado tale da produrre l'aderenza del testicolo colla tunica vaginale, ne succede la guarigione radicale della malattia, come ho più volte osservato.

L'emorragia, che si effettua nella tunica vaginale, è talvolta, come l'infiammazione del testicolo, la conseguenza della ferita di quest'organo; ma può dipendere ancora dalla lesione di un vaso sanguigno dei suoi esterni involucri. Questo accidente era molto più frequente allorchè si praticava la punzione colla lancetta: il trequarti di cui oggi ci serviamo, disgiunge le fibre dei tessuti, piuttosto che ferirle. Se l'emorragia dipende dalla lesione del testicolo, il siere che sgorga dalla cannula appena ritirato il trequarti, è sanguinolento, prende in generale un colore sempre più rosso a misura, che diminuisce la quantità del fluido contenuto

nella tunica vaginale. Il siere mantiene poi il suo colore, quando sono rimasti lesi solamente i vasi degl' involucri, poichè la presenza della cannula impedisce l' emorragia, la quale non si manifesta che dopo la sua estrazione. In questo ultimo caso il sangue può passare nella tunica vaginale, e infiltrarsi nel tessuto cellulare. Questi due casi richiedono differenti rimedi.

Allorchè il sangue si è infiltrato nel tessuto cellulare delle borse, se l' infiltrazione è mediocre, basta applicare sullo scroto delle fomente risolventi, ma se si manifestasse l' infiammazione, sarebbero preferibili i topici ammollienti. Se l' infiltrazione è considerabile, bisogna dare esito al sangue mediante un' incisione, proporzionata allo spazio che occupa questo fluido; ma non si deve praticare questa incisione che dopo aver lasciato scorrere tanto tempo da poter credere che la risoluzione ne sia impossibile.

Se l' emorragia succede nella tunica vaginale, si può parimente ricorrere ai risolventi e agli ammollienti, quando il sangue è in piccola quantità. Questi mezzi sono però insufficienti, se la risoluzione non ha luogo, ed a più forte ragione, se la distensione della tunica vaginale è considerabile: in questo caso bisogna ricorrere all' incisione di questa membrana; ma non si deve fare che dopo di essersi positivamente accertati per mezzo di una preliminare punzione, della natura del liquido stravasato. Allorchè si è inciso il sacco, che contiene il sangue, se questo fluido continua a scolare, si deve esaminare di dove scaturisce; se proviene da un vaso della tunica vaginale, lo zaffo è quasi sempre sufficiente per sospenderne lo scolo; se viene dal cordone spermatico, bisogna allacciare il vaso aperto; ma se fosse impossibile di fare questa allacciatura parziale, e che l' emorragia fosse assai abbondante per compromettere la vita del malato, si sarebbe costretti di allacciare il cordone in totalità, sebbene ne venga in conseguenza la perdita o l' atrofia del testicolo. La stessa allacciatura è stata talvolta necessaria, allorchè i vasi interni del testicolo sono stati lesi dalla punta del trequarti, e che la membrana albuginea, si è trovata distesa dal sangue.

Cura radicale dell' idrocele.

La cura radicale dell' idrocele può essere tentata senza inconvenienti tutte le volte, che questa affezione è semplice, e che l'individuo, che n' è attaccato, gode d' altronde di una buona salute. Ma l' età avanzata del soggetto, la coesistenza di un' ernia antica, e specialmente di un'ernia congenita, il cattivo stato dell' uretra, della prostata o del collo della vescica, sono tutte circostanze che ci obbligano a limitarci alla cura palliativa, di cui abbiamo parlato.

Non si può guarire radicalmente l' idrocele della tunica vaginale, se non che risvegliando in questa tunica, e nella tunica albuginea un' infiammazione assai forte da resultarne un' aderenza totale di queste due membrane fra loro; o asportando la tunica vaginale, che è la sede e l' origine della malattia. I topici usati nell' intenzione di favorire l' assorzione del liquido stravasato, sono quasi sempre inefficaci: talvolta sono stati per altro utili nei bambini. In generale non si può guarire questa malattia che coll' aiuto dei mezzi chirurgici. Questi mezzi sono l'incisione, l' escissione, la cauterizzazione, il setone, la tasta e le iniezioni.

Dell' incisione.

L' incisione consiste nell' aprire la tunica vaginale in tutta la lunghezza del tumore, e nel riempirla di fila, in vista di risvegliare in tutta la sua superficie e su quella della tunica albuginea un' infiammazione, in conseguenza della quale si sviluppano su tutte queste membrane dei bottoni carnosi, che le fanno aderire insieme. Per eseguirla si fa situare il malato sulla sponda destra del suo letto; l' operatore si situa dalla stessa parte, e prende il tumore colla mano sinistra in modo, da far tendere la pelle dello scroto: quindi incide questa membrana d'alto in basso per tutta la lunghezza del tumore, con un bisturino convesso; fa poi nella parte superiore del sacco un'apertura assai grande per poterci introdurre due dita, colle quali lo sostiene a fine di allontanarlo dal testicolo, e termina l' incisione con un bisturino bottonato. Fatto questo lo riempie di morbide fila, che deve spingere più indentro che è possibile fra il testicolo e la tunica vaginale, affinchè non rimanga alcun punto della loro superficie, che non sia esposto al

loro contatto. Si mettono delle compresse sulle fila, e si sostiene tutto l' apparecchio con una conveniente fascia.

Il malato va messo a dieta, e farà uso delle bevande rinfrescanti e temperanti. In capo a ventiquattro o trentasei ore il testicolo ed i suoi involucri si gonfiano. Se la tumefazione è mediocre, basterà d' inviluppare lo scroto in un cataplasma ammolliente, ma se è considerabile, bisogna ricorrere al salasso ed agli altri rimedj antiflogistici. L' apparecchio non va tolto che nel quarto o quinto giorno, e si comincia dal levare solamente le fila, che si staccano facilmente, e si aspetta a togliere le altre, che sono attaccate al testicolo, che siano bene inumidite dalla suppurazione. Nei primi giorni si medica la piaga con dei piumacciuoli di fila spalmati di un semplice digestivo, o di cerato, ma quando la suppurazione è bene stabilita, si medica con fila asciutte, che si ha la precauzione d' introdurre tra il testicolo e la tunica vaginale, onde impedire che non contraggano insieme delle aderenze parziali, e che non si formino dei vuoti, ove il pus soggiornerebbe durante la cura, e nei quali potrebbe nuovamente raccogliersi del siere, e dar luogo alla recidiva dell' idrocele, come si è di sovente osservato.

Questo metodo operatorio ha talvolta cagionato dei gravissimi accidenti, come la febbre, dei vivi dolori nel testicolo, nei reni e nel ventre, l' enorme tumefazione e la rottura stessa del testicolo, una parte della cui sostanza si è sciolta in una poltiglia grigiastra e inorganica, ma nella quale si scorgevano facilmente i filamenti, che costituiscono i condotti seminiferi. È accaduto ancora che gl'involucri del testicolo si sono ritirati in dietro, e abbandonando quest' organo lo hanno lasciato a nudo: e in tal caso la superficie del testicolo si copre di bottoni carnosi, che divengono la base di una sottil pellicella, che fa le veci dei tegumenti. È raro che questa operazione sia accompagnata da emorragia; Pott per altro ne cita un' esempio, ma il malato che la soffrì, era mal disposto per l'operazione, e sarebbe stato meglio il non eseguirla. Il sangue che gemeva da tutta la superficie della piaga, non potè essere arrestato, e il malato morì nel sesto giorno.

Questi diversi accidenti e la recidiva della malattia, che qualche volta ha luogo, hanno fatto abbandonare questo metodo operatorio. L' idrocele ricomparisce, allorchè l' aderenza della tunica vaginale col testicolo non è completa; mentre in tal caso si forma una nuova congestione sierosa nel luogo, ove le superficie esalanti sono rimaste libere. In alcuni casi, si sono formate ancora parecchie distinte collezioni acquose, conforme ne riporta un' esempio Bertrandi, ed è stato necessario di praticare un' operazione per ciascuna delle medesime. Talvolta sono scorsi tre mesi e anche sei, prima che sia ricomparsa l' idrocèle. È stato proposto in vista d' impedirne la recidiva in seguito di questo metodo operatorio, di esercitare una compressione metodica sul testicolo, e di usare le lozioni astringenti sulla fine della cura; ma l' insufficenza di questi mezzi è troppo evidente, per non determinarsi a ricorrervi.

Dell' escissione.

L' escissione consiste nel dissecare e nell' asportare la più gran parte o la totalità della tunica vaginale; e si pratica nel modo seguente.

Situato il malato nello stesso modo, come per eseguire l'incisione, si comincia dall'incidere la pelle in tutta la lunghezza della parte anteriore e media del tumore; si separa dalla tunica vaginale dentro e fuori, recidendo il tessuto cellulare, che l'unisce insieme, e si continua questa separazione fino presso il luogo, ove la tunica vaginale si riflette sull' epididimo e sul testicolo. Nel fare questa dissezione, bisogna avere la doppia attenzione di conservare la più gran porzione che si può del tessuto cellulare sulla faccia interna dello scroto, e di non interessare la tunica vaginale prima di averla messa allo scoperto in tutta quella porzione, che si deve asportare. Se si spogliasse la pelle del tessuto cellulare, che la tappezza, e che le trasmette una parte dei vasi, che servono a vivificarla e nutrirla, si renderebbe meno facile la sua riunione col testicolo, e si esporrebbe a cadere in gangrena, come talvolta è accaduto. Se si aprisse la tunica vaginale prima di averla intieramente separata dalla pelle, il suo avvallamento, cagionato dallo scolo del siere, renderebbe poscia più difficile questa separazione. Allorchè la tunica vaginale è

stata messa allo scoperto, s'incide in tutta la sua lunghezza; quindi si recide colle cisoie più vicino che si può al testicolo, mentre che un aiuto sostiene quest'organo. Terminata l'operazione, si riempie la cavità con delle fila asciutte, sulle quali si mettono delle compresse, e una conveniente fascia. Nel rimanente della cura poi, uno si conduce come nell'operazione dell'incisione.

Questa operazione è molto più dolorosa dell'incisione, e può dar luogo anche agli stessi accidenti. Si pretende che il metodo della escissione abbia su tutti gli altri un vantaggio incontrastabile, quello, cioè di produrre una guarigione radicale; ma quest'asserzione è smentita dall'esperienza. In fatti è stato osservato da altri e da me ancora, recidivare l'idrocele per due volte dopo questa operazione. Perchè ciò accada basta, che una piccola porzione della tunica vaginale, che il timore di ferire i vasi spermatici o l'epididimo ci ha impedito di asportare, non si copra di bottoni carnosi e che non rimanga adesa al testicolo. Ed ecco perchè viene raccomandato d'introdurre, in ciascuna medicatura, delle fila fra il testicolo ed i suoi involucri, affinchè la riunione di queste parti si operi successivamente di dietro in avanti. Questo inconveniente dell'escissione, e specialmente i dolori che essa cagiona, e i gravi accidenti, da cui è talvolta accompagnata, l'hanno fatta abbandonare, e presentemente non si pratica più che nei casi di considerabile ingrossamento della tunica vaginale, o allorchè una ematocele esige, che si apra questa membrana. In quest' ultimo caso si preferisce l'escissione della tunica vaginale, alla semplice incisione della medesima, perchè procura più sicuramente la guarigione radicale della malattia.

Della cauterizzazione.

I chirurghi non si sono sempre serviti del ferro tagliente per aprire l'idrocele in tutta la sua lunghezza, a fine di risvegliare nel sacco che contiene l'acqua, l'infiammazione e la suppurazione, necessarie per fargli contrarre delle aderenze col testicolo. Molti hanno consigliato di aprirlo con i caustici, ed alcuni anche per mezzo del cauterio attuale. Paolo Egineta, Marco Aurelio Severini ed altri hanno raccomandato questo mezzo, il quale per altro è stato raramente usato; ma più di tutto si è praticato il cauterio potenziale. L'azione curativa di questo ultimo mezzo è stata concepita in diversi modi. Alcuni hanno sostenuto, che atteso la perdita di sostanza che esso produce, impedisce una troppo pronta riunione della piaga, la quale somministrando per lungo tempo un' esito all' acqua, è più difficile che in seguito se ne formino delle nuove congestioni, ciocchè, al contrario, può succedere facilmente in una piaga semplice, le di cui labbra si cicatrizzano immediatamente dopo lo scolo del fluido. Altri hanno aggiunto che il caustico, che distrugge per un' estensione più, o meno considerabile gl'involucri del tumore, possa mescolarsi col siere, e fargli acquistare una qualità stimolante, capace di risvegliare l'infiammazione della membrana, che lo contiene. Finalmente si è creduto che la presenza dell'escara, determinando sulle vicine parti un'infiammazione, questa possa estendersi a tutta la tunica vaginale, e divenir così un mezzo di guarigione. Qualunque sia il valore di ciascuna di queste spiegazioni, è probabile che tutte racchiudano qualche cosa di vero, e che queste diverse cause concorrano alla guarigione dei malati, che si operano colla cauterizzazione.

Tra i chirurghi, che hanno usato la cauterizzazione, ve ne sono stati alcuni che hanno prodotto un'escara lunga quanto il tumore, e di una certa larghezza, ed altri hanno semplicemente applicato il caustico in un ristretto spazio, che ha prodotto un'escara rotonda dalle sei alle dieci linee di diametro. Col primo metodo vi è probabilità di ottenere una guarigione radicale, e col secondo si espone meno il malato a degli accidenti, e specialmente alla infiammazione del testicolo e del cordone spermatico. Ecco il modo con cui si procede alla cauterizzazione. Si applica sulla parte anteriore e inferiore del tumore un pezzo di potassa caustica, capace di produrre un'escara della grandezza di un paolo. Vi si lascia per qualche tempo, affinchè estenda la sua azione fino alla tunica vaginale; perciò bisogna determinare questo tempo della sua applicazione, dietro la sua conosciuta attività, e la presunta grossezza degl' involucri del tumore. Allorchè si toglie il caustico, bisogna applicare sull'escara un impiastro di unguento della madre. In

capo a ventiquattr'ore si osserva che lo scroto diviene duro, e teso, fenomeni che senza dubbio dipendono dall'infiammazione della tunica vaginale. Questa tumefazione è accompagnata da febbre, con dolore allo scroto, ai reni, e al ventre, e dura un giorno o due, e raramente di più. Se questo stato durasse più lungamente, o si aggravasse, bisognerebbe ricorrere al salasso, ed agli altri mezzi antiflogistici. L'escara si stacca e cade dopo otto o dieci giorni, e lascia la tunica vaginale allo scoperto. Qualche tempo dopo questa tunica si apre, il siere scola, e il tumore diminuisce gradatamente di volume. La tunica vaginale si esfolia, ed in ciascuna medicatura se ne separano dei lembi per il corso di cinque o sei settimane. Durante questo tempo lo scroto diminuisce di volume, e perde la sua durezza. Quando è terminato lo scolo dell'acqua, comincia la cicatrice, che non tarda ad essere completa, e rimane aderente al testicolo, il quale rimane nascosto durante la cura.

Questo metodo operatorio non riesce sempre, ma questo difetto è comune anche a tutti gli altri metodi, non eccettuato neppur quello dell'escissione, e se è stato abbandonato, non è certamente per causa della sua insufficienza, ma bensì perchè si sono trovati altri mezzi di una più facile esecuzione, e che sono non meno sicuri.

Del setone.

Questo metodo curativo consiste nel passare da parte a parte il tumore nella direzione della sua lunghezza, con un cordoncino composto di più fili di seta o di cotone, e di lasciarvelo per un certo tempo, a fine di risvegliare una infiammazione delle tuniche vaginale ed albuginea, sufficiente per produrre la completa e generale aderenza di queste parti.

Questa operazione essendo intieramente abbandonata al presente, si rende inutile di descrivere i diversi modi proposti per eseguirla, e noi ci limiteremo solamente a far conoscere quello di Pott, perchè è di una esecuzione altrettanto semplice, che facile e sicura, e perchè questo celebre chirurgo, che non praticava quasi esclusivamente che questo metodo, lo impiegò con successo in un grandissimo numero di malati di ogni età, dai sei anni fino ai sessanta e più vecchi ancora.

Gl'istrumenti, di cui egli si serviva sono; 1.° un trequarti, la cui cannula ha quattro linee di diametro; 2.° una cannula d'argento lunga cinque pollici, e di una tal grossezza, da poter passare facilmente a traverso la cannula del trequarti; 3.° una sonda lunga sei pollici e mezzo, terminata in una estremità da una punta di acciaio, simile a quella del trequarti; e corredata nell'altra di un foro, adattato a ricevere il setone, che Pott lo componeva di parecchi fili di seta da cucire, e grosso abbastanza da riempire la cannula. La maniera poi di eseguire questa operazione è la seguente. Dopo di avere dato esito al siere col trequarti, immerso nel luogo ordinario, s'introduce la cannula d'argento in quella, che è rimasta nel tumore, e si dirige verso la parte superiore della tunica vaginale, dove essendo pervenuta, si passa a traverso di questa seconda cannula la sonda guarnita del setone, e con essa si trapassa la tunica vaginale ed i tegumenti di dentro in fuori; si ritira fuori la sonda e il setone con essa, e quindi si estraggono le due cannule. Questa operazione dà luogo talvolta a degli accidenti assai gravi, e nominatamente a una viva infiammazione del testicolo, che esige l'uso dei rimedi antiflogistici. Quando il dolore e la tumefazione cominciano a calmarsi, verso il decimo o duodecimo giorno si diminuisce il volume del setone, staccandone quattro o cinque fili di seta, e si va sempre diminuendo nel modo stesso fino a che ne rimane; si pone su ciascuno orifizio un piccolo piumacciolo di fila e si copre tutto lo scroto col cerotto di saturno. Lo scolo delle materie, che ha luogo per questi orifizi è poco abbondante. La tunica vaginale non si esfolia, ma resta tutta intiera, e si attacca alla tunica albuginea. Questa adesione per altro non è sempre completa, ed in tal caso la malattia può recidivare. Il setone eccita una troppo forte irritazione nel luogo, ove è situato, e non ne produce sempre una bastante in tutta l'estensione della tunica vaginale, donde ne risulta che l'idrocele può riprodursi in una parte, distante da quella, ove il setone ha agito immediatamente. Questo inconveniente ha molto contribuito a fare abbandonare il setone.

Della tasta.

Franco è stato il primo a descrivere nella sua opera la cura dell'idrocele per mezzo dell'introduzione di una tasta nella tunica vaginale. Bisogna, dic' egli, fare un'apertura di tre o quattro dita traverse nelle borse, variandone per altro l'estensione secondo l'età del malato ed il volume del tumore. Questa piaga sarà tenuta aperta con una tasta di fila, di stoppa, di tela o di spugna, più larga che tonda, e inzuppata nell'olio rosato. Pareo consigliava di aprire il tumore nella sua parte inferiore, e Guillemeau nella parte superiore, ma questo metodo portava seco degli inconvenienti. Thevenin, prima d'introdurre la tasta, apriva l'idrocele colla pietra da cauterio, affinchè la piaga cicatrizzasse più lentamente; con ciò, riuniva la cauterizzazione alla tasta.

Monro propose un'altro mezzo, che ha dell'analogia colla tasta; e consiste nella irritazione del sacco, mediante l'estremità della cannula del trequarti, lasciata per qualche tempo nel tumore. Altri, nella stessa veduta, hanno consigliato di servirsi di una candeletta, o di un filo di piombo.

I chirurghi che hanno proposto questi metodi per guarire l'idrocele, pensarono che coll'aiuto di questi mezzi meccanici si potrebbe aumentare e sospendere a volontà l'infiammazione della tunica vaginale, poichè, quando fosse stata troppo forte, sarebbe bastato il ritirare la cannula, per moderarla: ma l'esperienza non ha confermato quest' opinione; anzi ha dimostrato, al contrario, che una volta suscitata l'infiammazione, continuava, e faceva ancora dei progressi dopo che la causa aveva cessato di agire. Gli accidenti sono stati parecchie volte così gravi, da compromettere la vita dei malati, di modo che si è oramai intieramente rinunziato a questo metodo, il quale, senza offrire alcun vantaggio sugli altri, è più incomodo per il malato per il fastidio cagionatogli dalla lunga permanenza della cannula nel tumore, e specialmente nel moversi. Vi sono per altro dei chirurghi, e particolarmente Pott, che si sono serviti di questo metodo, senza osservarne giammai delle triste conseguenze.

Dell' iniezione.

Il metodo dell'iniezione è il più recente di tutti: ciò nondimeno non se ne conosce precisamente l'inventore. Monro ne attribuì i primi tentativi a un chirurgo del suo stesso nome, addetto al reggimento d'Hume. Ma questa asserzione non posa su documenti certi abbastanza per meritare una piena credenza. L' alcool, di cui si fece uso in principio per l' iniezione, cagionava una infiammazione troppo forte; onde vi si rinunziò, sostituendovi il vino, che fu riconosciuto assai stimolante per produrre con più sicurezza del malato, l'infiammazione necessaria per la guarigione.

Il metodo dell'iniezione essendo generalmente impiegato al presente, non solo perchè è il più sicuro, ma ancora perchè è il meno fecondo di accidenti consecutivi, e il più facile a praticarsi, noi ne parleremo più a lungo degli altri esposti finora.

L' iniezione riesce tanto meglio, e la guarigione è tanto più sollecita, quanto più il tumore è piccolo. In fatti, in tal caso, la tunica vaginale si ristringe più esattamente per applicarsi sul testicolo e contrar seco lui delle aderenze. D' altro canto, siccome dopo l'operazione, il testicolo ed i suoi involucri acquistano un volume uguale a quello, che presenta il tumore, ne avviene che tanto più questo ultimo è grosso, tanto più tempo abbisogna perchè queste parti tornino al loro stato naturale. Si aggiunga ancora a tutto questo, che il tumore essendo di mediocre volume, l' infiammazione occupa un minore spazio, e si rende meno temibile. Allorchè dunque l' idrocele è molto voluminosa, bisogna, prima d' intraprenderne la cura radicale coll'iniezione, praticare una punzione preliminare, e aspettare che il tumore sia ridotto a un terzo o alla metà del suo volume. Questa punzione, eseguita prima dell' iniezione, ha ancora il vantaggio di farci conoscere il volume e lo stato del testicolo, cognizione che non si può acquistar d' altronde esattamente nè coll' esplorazione, nè mediante la trasparenza del tumore. Quando l'operazione è indicata, vi si procede nel modo seguente.

S' incomincia dal rasare il pube e lo scroto dal lato, dove deve eseguirsi l'operazione. Si prepara separatamente del vino caldo e freddo a fine di poter dare, colla loro mescolanza, la conveniente temperatura all'iniezione. Bisogna che il dito

possa sopportare appena il calore del vino, che dev'essere di circa trenta, o trentadue gradi. Gli strumenti necessari sono: un trequarti più sottile di quello, di cui ci serviamo per la punzione del ventre, e la cui cannula deve essere senza scannellatura, uno schizzetto d'argento, o di stagno, che contenga dieci o dodici oncie di fluido, e il cui tubo deve entrare nella cannula del trequarti, e adattarcisi esattamente; un vaso per ricevere il liquido, che scolerà dalla cannula, e del cerato o del sevo per ungere lo strumento; e devono poi prepararsi ancora delle compresse, e un sospensorio.

Essendo tutto in ordine, si fa collocare il malato supino, colle gambe aperte. L' operatore, situato alla sua destra, fa la punzione come nella cura palliativa, con questa differenza però, che dopo di avere ritirato lo strumento, insinua profondamente la cannula nello scroto, affinchè la tunica vaginale non l'abbandoni, nel ristringersi; quindi con metodiche pressioni favorisce il completo scolo del siere; poscia introduce nella cannula il tubo dello schizzetto, e lo fa tenere da un' aiuto, che è anche incaricato di iniettare il vino nella tunica vaginale. Questa parte dell' operazione esige una particolare attenzione per parte del chirurgo e del suo aiuto. Il primo deve tenere egli stesso la cannula del trequarti col pollice e il dito medio, senza spingerla in dentro nè tirarla in fuori, per non applicarne l'estremità contro la tunica vaginale, ciò, che impedirebbe che il vino vi potesse penetrare, almeno non senza una gran difficoltà. L' aiuto deve tenere lo schizzetto colla mano sinistra, e spingere colla destra lo stantuffo continuamente, ma con lentezza e gradatamente, e non deve smettere che allorquando il tumore ha ripreso il volume, che aveva prima della punzione. Accade talvolta che l' aiuto non può più fare avanzare lo stantuffo dello schizzetto, malgrado la forza con cui lo spinge, prima che il tumore abbia riacquistato il primiero volume; e ciò deriva dall' essere stata spinta tanto in dentro la cannula, che la sua estremità è appoggiata contro la tunica vaginale; in questo caso bisogna che il chirurgo la ritiri un poco indietro, affinchè il vino possa scolare liberamente. Se si continuasse l' iniezione quando il tumore ha ripreso il volume, che aveva prima della punzione, la tunica vaginale ne resterebbe così distesa, che le sue fibre si diraderebbero, e potrebbero dare luogo all' infiltrazione di una porzione di vino nel tessuto cellulare, come io ho visto più volte accadere. Allorchè si è iniettato la quantità sufficente di vino, l'aiuto ritira lo schizzetto, e il chirurgo applica l' apice del dito indice della mano sinistra sull'apertura della cannula, affinchè il vino non esca fuori, essendo necessario che questo fluido soggiorni tre o quattro minuti nella tunica vaginale; dopo si lascia scolare, e si ripete subito un'altra iniezione, e si lascia nella tunica per lo stesso spazio di tempo. Due iniezioni sono sufficenti in quasi tutti i casi; ma ciò nondimeno se ne fanno un maggior numero allorchè il tumore è molto voluminoso, e che i suoi involucri sono ingrossati, e la sua sensibilità ottusa; ciò, che si conosce dal piccolo dolore prodotto dalle prime iniezioni. In questo caso si deve non solo iniettare una nuova quantità di vino, ma procurare che sia ancora più caldo. Si conosce in ogni caso che l' irritazione è sufficente, allorchè il malato sente un senso di pressione sul testicolo, un vivo dolore lungo il corso del cordone, e dei vasi spermatici, e talvolta ancora nella region lombare. Nel dar esito al vino della seconda iniezione, bisogna procurare di farne scolare l'ultime gocce comprimendo prima dolcemente lo scroto, e poscia collo schizzetto vuoto adattato alla cannula, tirandone a se lo stantuffo, e con questo mezzo non solo si estraggono le ultime stille del vino, ma l'aria ancora, rimasta nella vaginale.

Terminata l' operazione, si applicano sullo scroto delle compresse imbevute di vino caldo, e se ne continua l' uso fino che la gonfiezza infiammatoria sia giunta al conveniente grado, ciò che accade ordinariamente verso il quinto o sesto giorno. Allora si costituiscono alle pezzette bagnate nel vino, gl'impiastri ammollienti, e poscia risolventi, quando il periodo infiammatorio è passato. Finalmente si termina la cura coprendo lo scroto con un impiastro di sapone, di cui il malato farà uso finchè il testicolo non sia ritornato al suo stato naturale.

Tal'è il modo, con cui si pratica pre-

sentemente l'iniezione. Le principali modificazioni che sono state proposte, sono solamente relative alla specie del liquido da iniettarsi. Alcuni chirurghi avendo osservato che il vino non procura sempre la guarigione radicale dell'idrocele, proposero di aggiungervi dell' alcool, e di farvi macerare delle sostanze aromatiche e astringenti; altri consigliarono, come abbiamo già detto, di servirsi dell'alcool solo, della soluzione della pietra da cauterio ec. Ma l'esperienza ha fatto preferire il vino, perchè riesce quasi sempre, e non produce quasi mai dei gravi accidenti.

Sovente si può conoscere pochi giorni dopo l'operazione, quale ne sarà il successo. Se si sviluppa in tutta la parte dello scroto corrispondente al tumore, una tumefazione inflammatoria, si può esser sicuri del buon successo dell'iniezione; ma se questa tumefazione non ha luogo, è molto probabile che recidivi la malattia.

La tumefazione, che l' iniezione produce nella tunica vaginale è sovente considerabile, e sembra che interessi nel tempo stesso il testicolo, ed i suoi involucri; ma essa dipende principalmente dall'esalazione di un liquido siero-albuminoso nella tunica vaginale, che è stata immediatamente esposta all'azione stimolante del fluido iniettato, e la quale infiammandosi diviene la sede, come la pleura ed il peritoneo in analoghe affezioni, di una secrezione siero-albuminosa più, o meno abbondante. Per molto tempo si è ignorata la presenza di questo fluido esalato, ed è stato attribuito specialmente alla tumefazione del testicolo l'aumentato volume delle borse. Ma al presente non vi è alcuno che ignori, che la causa da noi accennata ha la più gran parte in questo fenomeno. Questa teoria è d'altronde confermata da parecchi fatti osservati nel nostro Spedale, e da alcune autossie cadaveriche.

Accade sovente che l'infiammazione della tunica vaginale si propaga alle parti vicine con tanta violenza, da produrvi un'ascesso; ma quest'accidente non interessa il testicolo, e non si oppone alla guarigione radicale dell' idrocele.

Un' altro accidente, che ha luogo talvolta in conseguenza della operazione dell' idrocele per mezzo dell' iniezione, è l' infiltrazione del liquido iniettato nel tessuto cellulare dello scroto. Questa infiltrazione può dipendere da parecchie cause. 1.° Dal diradamento delle fibre della tunica vaginale, enormemente distesa dall' iniezione di una troppa quantità di vino. 2.° Dalla scannellatura che esiste sulla cannula di qualche trequarti, la quale lascia uscir fuori dalla tunica vaginale il vino iniettato: 3.° dall'avere introdotta poca cannula del trequarti nel tumore, per cui è abbandonata dalla tunica vaginale sulla fine dello scolo del siere, di modo, che il vino invece di essere versato in questa tunica, s' infiltra nel tessuto cellulare, se l' aiuto che tiene lo schizzetto seguita a spingerne lo stantuffo, malgrado la resistenza che oppone alla sua mano. Nei due primi casi, la quantità del vino che s' infiltra, essendo poco considerabile, questo liquido può essere riassorbito; o se risveglia l' infiammazione, questa è leggiera, e termina ordinariamente per risoluzione. Frattanto termina talvolta anche nella suppurazione e si forma un ascesso, il quale peraltro è poco esteso, e n' escono raramente dei lembi del tessuto cellulare gangrenati. Nel terzo caso la quantità del vino infiltrato nel tessuto cellulare può essere assai grande da suscitare un' infiammazione gangrenosa, che per la sua estensione ha prodotto talvolta gravissimi accidenti, e la morte stessa. Noi abbiamo il costume di citare nelle nostre lezioni un' esempio, che dimostra il grave pericolo di questo accidente, e che riporteremo anche qui brevemente. Un giovine di ventiquattro anni, d' un temperamento bilioso, fu operato di un' idrocele del lato sinistro, che era voluminosissima, quantunque riconoscesse un' epoca di otto mesi. Dopo immerso il trequarti nel tumore ed evacuato il siere, l' operatore confidò a uno aiuto la cannula del trequarti, ed egli stesso spinse nella tunica vaginale tutto il vino contenuto nello schizzetto, e senza lasciarlo scolare, fece una seconda iniezione, e poi una terza. In questa ultima iniezione i dolori divennero così forti, che lasciò scolare subito una porzione di vino. Allora si accorse che la cannula avea abbandonato la tunica vaginale, e che il vino si era infiltrato nel tessuto cellulare. Procurò di farlo venire fuori ma non essendo possibile, si limitò a introdurre

una meccia di fila nell' apertura fatta dal trequarti, dopo averla alquanto ingrandita, e fu applicato sullo scroto un' impiastro ammolliente. I dolori furono molto forti nel giorno dell' operazione, e crebbero ancora nella seguente notte, e nel giorno dopo; lo scroto era enormemente gonfio, e il basso ventre divenne dolente. Il terzo giorno l' infiammazione si era propagata alla verga. Furono praticati due salassi: a cinqu' ore si manifestò il delirio e a sett' ore il malato morì. All' apertura del cadavere fu trovato quattro o cinque oncie di pus sanguinolento nella tunica vaginale: il tessuto cellulare dello scroto conteneva una materia purulenta rossastra; il cordone dei vasi spermatici era tumefatto, e le viscere abdominali portavano l' impronta della più forte infiammazione.

L' infiltrazione del vino nel tessuto cellulare delle borse, non può essere considerato come un' inconveniente inseparabile dal metodo dell' iniezione, poichè dipende solamente dall' operatore. Se il chirurgo procura di tenere egli stesso la cannula del trequarti e di seguire la retrazione degl' involucri del testicolo lo strumento rimane nella tunica vaginale, e il malato non è esposto a questo accidente. Del rimanente, allorchè uno si accorge che il vino si è infiltrato in gran quantità nel tessuto cellulare dello scroto, a fine di prevenire gli accidenti, cui potrebbe dar luogo, e per dar esito a questo fluido, bisogna fare un' incisione di un' estensione proporzionata a quella dell' infiltrazione, e favorire poscia lo scolo del vino con delle pressioni metodiche.

È stato rimproverato ancora al metodo dell' iniezione di riuscire sovente inefficace, cioè a dire, di non impedire la recidiva della malattia; di non essere applicabile nelle antiche idroceli, nè a quelle, in cui la tunica vaginale è ingrossata; e finalmente di essere pericoloso allorchè il testicolo non è perfettamente sano. Ci sarà facile di rispondere a ciascuna di queste obiezioni con i risultamenti della nostra esperienza.

Noi abbiamo veduti parecchi malati, in cui l' operazione non aveva prevenuta la recidiva dell' idrocele; ma noi abbiamo ancora costantemente osservato, che questo era accaduto perchè l' iniezioni erano state fatte con troppa timidezza, o perchè dopo l' operazione non erano stati usati i mezzi propri a sostenere l' irritazione ed a favorire lo sviluppo dell' infiammazione, o perchè non si era abbastanza insistito sull' uso di questi mezzi. In alcuni di questi malati, il vino non era stato iniettato assai caldo, o non era rimasto il tempo necessario nella tunica vaginale; in altri erano state trascurate le fomente col vino caldo, o con qualche altro liquore stimolante, o pure erano stati troppo presto sostituiti a queste fomente i cataplasmi ammollienti; di modo che si era impedita la nascita della infiammazione, che dovevano produrre l' iniezioni, o sivvero l' infiammazione era rimasta estinta prima che fosse giunta al grado da produrre l' aderenza della tunica vaginale col testicolo. L' applicazione sullo scroto delle pezzette inzuppate nel vino caldo immediatamente dopo l' iniezione e nei giorni seguenti è talmente importante, che in alcuni individui si è dichiarata l' infiammazione adesiva tanto per l' effetto di questa applicazione continua, che per l' iniezione. Questo è ciò che sembra almeno essere accaduto allorchè la tumefazione infiammatoria non è comparsa che sette o otto giorni dopo l' operazione, come noi abbiamo più volte osservato. Finalmente noi abbiamo veduto, che tutti i malati, nei quali l'idrocele si era riprodotta, sono stati guariti radicalmente allorchè la stessa operazione è stata eseguita colle regole, che abbiamo esposte.

È senza fondamento che si è preteso, che il metodo dell'iniezione non sia applicabile alle antiche idroceli, nè a quelle con ingrossamento della tunica vaginale. In fatti l'esperienza mi ha dimostrato che qualunque sia il volume dell' idrocele, l' iniezione ne procura sempre la guarigione radicale, se sia fatta in modo da risvegliare un' irritazione assai forte, da produrre l'infiammazione adesiva. Ho osservato solamente che in tali casi la guarigione è molto più lunga, conforme ho già detto di sopra. Rapporto poi all'ingrossamento contro natura della tunica vaginale, a meno che non sia eccessivo, non impedisce il successo dell'iniezione, perchè questa tunica, quantunque alquanto più grossa che nel suo stato naturale, è sempre abbastanza sensibile, perchè vi si risvegli l'infiammazione.

Lo stato sano del testicolo è, senza contradizione, una delle circostanze le più essenziali per il successo dell'operazione dell'idrocele col metodo dell'iniezione. Tuttavia un certo grado d'ingorgo di quest'organo non controindica questa operazione, e non ne impedisce la riuscita. Noi l'abbiamo parecchie volte praticata in simili casi, ed abbiamo avuto la doppia sodisfazione di avere guarito nel tempo istesso l'idrocele, e l'ingorgo del testicolo. Ma allorquando quest'organo è tumefatto, dopo fatta la punzione, prima di spingere il vino nella tunica vaginale, bisogna assicurarsi della natura dell'ingorgo. Se il testicolo è un poco più grosso che nello stato naturale, senza essere molto duro; se la sua superficie è uguale, e se è indolente, può farsi l'iniezione, mentre l'infiammazione che risveglierà, facendo passare l'ingorgo del testicolo dallo stato cronico allo stato acuto, ne favorirà la risoluzione, nel tempo che produrrà l'aderenza di quest'organo colla tunica vaginale. Se, al contrario, il testicolo è molto più grosso che nello stato naturale, se è inuguale, bernoccoluto; se presenta una durezza scirrosa, e specialmente se il malato vi sente dei dolori lancinanti, l'iniezione non deve farsi; mentre in tal caso produrrebbe, è vero, l'aderenza del testicolo colla tunica vaginale, e preverrebbe per conseguenza un nuovo stravaso di acqua, ma sicuramente affretterebbe ancora la degenerazione cancerosa del tumore.

È facile di concludere da quanto abbiamo detto intorno i diversi metodi, proposti per guarire radicalmente l'idrocele della tunica vaginale, che quello dell'iniezione merita la preferenza su tutti gli altri, almeno nel maggior numero dei casi se non in tutti.

Allorchè il diagnostico della malattia è oscuro, e che si hanno tante ragioni da crederla un sarcocele, che un'idrocele, si deve preparare tutto ciò, che è necessario per l'iniezione, e per l'operazione della castrazione. In seguito, in vece d'incidere la pelle per tutta la lunghezza del tumore, e di aprire la tunica vaginale per assicurarsi della natura della malattia, come consigliano alcuni autori, bisogna insinuare il trequarti nella parte anteriore e inferiore del tumore. Se la punzione ci fa conoscere che la malattia è un'idrocele, si procederà subito all'iniezione, e così si risparmieranno al malato i dolori e gli accidenti dell'escissione, che si sarebbe costretti a praticare, se si fusse subito inciso la pelle e aperta la tunica vaginale. Se la punzione dimostra, al contrario, che la malattia è un sarcocele, si procederà tosto alla castrazione, e la punzione non avrà recato alcun inconveniente.

Per terminare tutto quello, che concerne l'idrocele della tunica vaginale, noi faremo osservare che i differenti processi che abbiamo descritti, non convengono nell'idrocele congenita. La cura di questa consiste nel far rientrare l'acqua nel bassoventre con una metodica pressione, e di mantenerla con un brachiere, la cui piastra comprima esattamente l'anello. Ben presto la natura chiude l'apertura del prolungamento del peritoneo, che dà origine alla tunica vaginale, nello stesso modo che se non vi fusse stato l'ostacolo che ci si opponeva, ed il bambino si trova guarito del suo incomodo.

Dell'idrocele cistica.

L'idrocele cistica è così nominata, perchè l'acqua è rinchiusa in un sacco, formato dalla pressione e dalla condensazione delle lamine dal tessuto cellulare. Questa specie d'idrocele è infinitamente più rara di quella della tunica vaginale. Per altro è stata osservata assai di frequente, specialmente nei bambini.

Questa idrocele occupa spessissimo la parte media del cordone spermatico, fra il testicolo e l'inguine. Si presenta sotto l'aspetto di un tumore bislungo, più o meno voluminoso, e la cui tensione è tale, ne sia qualunque il volume, che non si arriva ordinariamente a scoprirvi la fluttuazione del liquido, che contiene. È perfettamente circoscritto, e non ha alcuna comunicazione in alto colla cavità abdominale, e in basso con quello della tunica vaginale. Si sente distintamente il testicolo e l'epididimo al di sotto del tumore, da cui sono assolutamente indipendenti: e soventemente si distingue ancora benissimo la parte superiore del cordone nell'inguine. Questo tumore è renitente, elastico, e quando si percuote leggermente, risuona come se contenesse solamente dell'aria; ciò, che ha indotto alcuni chirurghi a riguardarlo come un tumore aereo, che essi hanno chiamato *pneumatocele*.

Conserva sempre lo stesso volume, sia il malato in letto, o stia in piedi; non riceve alcun' impulsione dagli sforzi della tosse, dello sternuto, del vomito ec. La compressione non lo fa sparire; per altro io ne ho visto uno in un bambino di cinque o sei anni, in cui si poteva far rientrare il tumore per l'anello inguinale, comprimendolo di basso in alto secondo la direzione del cordone, e ricompariva appena cessata la pressione, ciò che l'aveva fatto prendere per un' ernia. Si eviterà per altro questo sbaglio riflettendo, che la sparizione dell'idrocele per mezzo della pressione, non è una vera riduzione, come quella di un'ernia, ma bensì un cambiamento di luogo del tumore, il quale dopo che ha trasversato l'anello, si distingue a traverso le pareti abdominali, che esso solleva. La trasparenza del tumore servirà poi ancora a rischiararne la diagnosi. Questa trasparenza è in generale più difficile a scorgersi nell'idrocele cistica, che in quella della tunica vaginale; ma è però sempre assai visibile nei bambini, per non lasciare alcun dubbio sulla natura della malattia. L'idrocele cistica non cagiona alcun dolore, e neppure alcun incomodo, a meno che non sia voluminosissima, ciò, che è rarissimo.

La diagnosi di quest' idrocele è facile, allorchè essa è semplice; ma non è così quando è complicata con qualche altra malattia delle stesse parti, come coll'idrocele vaginale, con un'ernia inguinale. Tuttavia, io esporrò i segni, dai quali si può conoscere la complicanza.

Se il tumore si prolunga fino alla parte inferiore dello scroto, si conoscerà che è complicato coll'idrocele della tunica vaginale, allorchè non si distinguerà punto il testicolo mediante il riscontro col tatto, e che nel tempo stesso le differenti parti del testicolo non offriranno al dito una resistenza uguale. In fatti, se il fluido è tutto contenuto in una cisti, nissun punto è più resistente degli altri; ma se è rinchiuso in parte in una cisti, e in parte nella tunica vaginale, il luogo, che corrisponde all'unione del testicolo col cordone spermatico, offre sempre una resistenza, che non possono presentare le parti vicine, che non contengono che dell'acqua. Talvolta il tumore apparisce ancora come diviso da un solco trasverso. Si aggiunga inoltre a tutto questo, che se si pratica la punzione nella parte inferiore del tumore, lo scolo di una certa quantità di siere non fa sparire la parte più alta del tumore medesimo, al disotto di cui si distingue col tatto perfettamente il testicolo, ed occorre una nuova punzione più in alto per fare sparire intieramente il tumore. Questa circostanza è talvolta l' unico segno, da cui si possa conoscere la complicanza, di cui si parla.

Se il tumore si estende in alto fino all'anello inguinale, questa disposizione può far dubitare della complicanza di un'ernia, e per assicurarsene, si domanderà al malato se il tumore del cordone si è inalzato poco a poco verso l'anello, o se un secondo tumore è disceso dall'anello verso il primo; si esaminerà se rientra in parte nell'abdome per mezzo della pressione, e del decubito orizzontale sul dorso: se aumenta tossendo, e sternutendo ec.; e se l'evacuazioni alvine sono sconcertate. Queste diverse circostanze, ben ponderate, ci lasceranno raramente dubbiosi sull'esistenza di un ernia. Se n'avrà poi la completa certezza, se si perviene a ridurre momentaneamente l'ernia, mentre allora l' idrocele resta sola nel luogo occupato dai due tumori.

La cura dell'idrocele cistica è in generale la stessa, che nell' idrocele della tunica vaginale, potendosi usare gli stessi metodi. La semplice incisione del tumore non è sempre senza pericolo. Pott ha visto una volta nascere degli accidenti mortali dopo questa operazione. L' iniezione è anche qui preferibile a qualunque altro metodo, quantunque non abbia sempre un'esito felice, come nell'idrocele della tunica vaginale. Si comprende subito la ragione di questa differenza, poichè, la tunica vaginale, che racchiude un corpo globulare, contrae facilmente con esso delle aderenze, mentre che la membrana accidentale, in cui è contenuto il siere dell'idrocele cistica, forma una semplice cavità, le cui opposte pareti si mettono più difficilmente in contatto.

Nei bambini l'iniezione non è sempre necessaria, per ottenere la guarigione radicale dell' idrocele cistica; talvolta il tumore si dissipa spontaneamente, o coll'aiuto delle fomente risolventi; e se malgrado l'uso di questi rimedi, la ma-

lattia persiste, si può procurare l'esito all'acqua, pungendo il tumore colla punta di una lancetta. Accade sovente che questa semplice punzione fa sparire la malattia per sempre, come succede talvolta anche negli adulti.

Dell' idrocele che si forma in un sacco erniario.

Un sacco erniario può divenire la sede di uno stravaso sieroso in due differenti circostanze, cioè, allorchè questo sacco racchiude i visceri abdominali che formano l'ernia; o sivvero quando questi visceri essendo stati ridotti e contenuti da molto tempo per mezzo di un brachiere, il sacco dell'ernia, il quale è quasi sempre irriducibile, ha perduto ogni comunicazione colla cavità del basso ventre, per l'obliterazione del suo collo, risultante dalla pressione della piastra del brachiere, che ha servito a mantenere l'ernia. Ond'è che l'idrocele del sacco erniario è coll'ernia, o senza ernia.

L'idrocele del sacco erniario con ernia, non ha luogo che nell'ernie antiche, voluminose, e con dilatazione considerabile dell'anello. Il siere, che forma questa specie d'idrocele, può venire dalla cavità abdominale in un'individuo, che è nel tempo stesso attaccato da un'ernia, e dall'idropisia ascite, o essere esalato dalle stesse pareti del sacco erniario. Nel primo caso, il siere sparso nel ventre cade nel sacco erniario, lo distende, e fa acquistare un considerabil volume allo scroto. Il tumore, che ne risulta è liscio, indolente e fluttuante. Talvolta diminuisce di volume nel comprimerlo, mentre l'acqua refluisce allora dalla cavità del sacco erniario in quella dell'abdome, e viceversa. Se si fa una punzione nel luogo il più declive del tumore, si dà esito non solo al siere contenuto nel sacco erniario, ma ancora a una gran parte di quello, che è stravasato nel ventre. In un caso simile, Morand procurò l'evacuazione di dieci boccali d'acqua, facendo la punzione sullo scroto. È ancora possibile che, l'ernia essendo guarita da molto tempo mediante l'uso della cintura, il sacco erniario sussistente sempre, il cui ingresso non si chiude quasi mai esattamente e le cui pareti non vengono ad un'immediato contatto, a meno che non sopraggiunga l'infiammazione; è possibile, io diceva, che il sacco si empia di una parte dell'acqua stravasata nel basso ventre, se il malato venga ad essere affetto dall'ascite. Le Dran racconta, che avendo una volta fatta la punzione col trequarti in un'idrocele di questa natura, l'acqua stravasata si evacuò, ma probabilmente l'apertura fatta dal trequarti nel sacco erniario, non si richiuse così prontamente che quella della pelle, poichè s'infiltrò in tutto il tessuto cellulare dello scroto una prodigiosa quantità d'acqua di modo, che divenne due volte più grosso della testa.

L'idrocele del sacco erniario con ernia, il cui siere è esalato dallo stesso sacco erniario, non succede che nell'ernie voluminosissime e irriducibili. In questi casi, l'acqua stravasata nel sacco è in tanta copia, che non sarebbe prudente, quand'anche fosse possibile, di respingerla nel ventre. Monro racconta un fatto di questa natura. Un'uomo avanzato in età, portava da lungo tempo un'ernia inguinale, che da parecchi anni non era stata ridotta. Il tumore aveva acquistato un volume mostruoso, e scendeva fino alle ginocchia. Il malato era obbligato di guardare il letto coricato sul dorso; soffriva tanto nel tumore, che ai lombi dei dolori così vivi, che gl'impedivano di prender sonno, ed era debole e magro. S'incontravano dei luoghi nel tumore, nei quali si sentiva manifestamente la fluttuazione del fluido stravasato, e dove le dita non distinguevano quella sostanza solida, ed ineguale, che sentivano in ogni altro luogo. Nè l'acqua, nè i visceri potevano essere respinti nel basso-ventre. Fu immerso un sottil trequarti in uno di quei luoghi, ove si sentiva più distintamente la fluttuazione, e dove i tegumenti erano più assottigliati, e ne uscirono sei libbre di limpido siere. Furono sentite allora pienamente le circonvoluzioni degl'intestini e l'ineguaglianze dell'epiploon; ma niuna di queste parti potè essere ridotta. Il malato si trovò molto sollevato; e non vi era alcun sintoma di strozzamento, onde non fu creduto a proposito di fargli subire altra operazione, gli fu lasciato godere in pace quel poco di tempo, che gli restava da vivere, essendo rimasto libero dai suoi crudeli tormenti.

L'idrocele del sacco erniario senza ernia può esser formata, come abbiamo detto

di sopra, da del siere proveniente dallo addome, allorchè una persona attaccata dall' ascite, è rimasta guarita prima di un' ernia per mezzo della compressione della cintura, senza che l'orifizio del sacco erniario siasi intieramente obliterato. Questa specie d'idrocele può essere prodotta ancora dall'esalazione del siere in un sacco erniario, il cui ingresso è chiuso, e la cui cavità non ha più alcuna comunicazione con quella dell'addome; ma questo caso è estremamente raro. Le Dran l'ha incontrata una volta in un uomo, che portava tre differenti idroceli dell'istesso lato, cioè, un'idrocele per stravaso nella tunica vaginale un'idrocele cistica, e una idrocele nel sacco erniario, il cui orifizio era completamente obliterato.

È difficile distinguere questa specie di idrocele del sacco erniario e senza ernia, dall' idrocele cistica del cordone spermatico, specialmente allorchè questa si estende fino all'anello inguinale. Le sole circostanze commemorative ci possono aiutare nello stabilire questa distinzione. Se il malato è stato attaccato da un' ernia inguinale scrotale, che sia stata contenuta dalla cintura; se la pressione della piastra della cintura ha dato luogo a degli spasimi e a dei dolori nel cordone spermatico, e se, dopo che i dolori si son calmati si è formato al di sotto dell'inguine, lungo il corso del cordone, un tumore bislungo, indolente, che è aumentato poco a poco di volume, ed in cui si sente la fluttuazione, è certo che la malattia consiste in un' idrocele del sacco erniario.

Questa specie d'idrocele non può guarirsi in altro modo, che squarciando il tumore in tutta la sua lunghezza, e provocando la suppurazione dell'interno del sacco erniario. Sarebbe pericoloso in questi casi di ricorrere alle iniezioni, perchè se la comunicazione della cavità del sacco con quella dell' addome non fosse intieramente interrotta, il liquido iniettato potrebbe penetrare in questa ultima cavità, e dar luogo a degli accidenti, che non sarebbe in potere del chirurgo di arrestare.

Dell' ematocele.

Ciò, che noi abbiamo detto intorno lo stravaso di sangue negl'involucri del testicolo, che succede talvolta dopo la punzione dell'idrocele, ci dispensa ora di entrare in più lunghi dettagli sull' ematocele. Questo nome è stato dato alla tumefazione dello scroto, prodotta dall'infiltrazione del sangue nel tessuto cellulare di questa parte, o dallo stravaso di questo fluido nella tunica vaginale, e talvolta da queste due cause insieme riunite. L'ematocele non è quasi mai spontanea, ma succede quasi sempre all'apertura di qualche vaso, prodotta da una contusione, o da una piaga accidentale, o da un'operazione praticata sulle borse.

L' ematocele formata dall' infiltrazione del sangue nel tessuto cellulare dello scroto, è una vera ecchimosi. Questa specie di ematocele, similmente a tutte le ecchimosi, è prodotta da tutte le cause, capaci di rompere dei piccioli vasi cutanei, e specialmente da una contusione. Si forma ancora talvolta dopo l'operazione della pietra, come si disse parlando della litotomia. Si conosce al colore nerastro, violetto, o giallastro dello scroto, il quale è poco tumefatto, e conserva le sue naturali rughe, e permette di distinguere il testicolo, che è sanissimo. Quest' ematocele termina quasi sempre per risoluzione. Si favorisce l' assorzione del sangue infiltrato, per mezzo dei topici spiritosi aromatici, come in tutte l' ecchimosi.

Il sangue s'infiltra talvolta nel tessuto cellulare del cordone spermatico, in conseguenza della rottura di una delle branche della vena spermatica, cagionata da una caduta, da un colpo, o da un violento sforzo per alzare un peso. Questa infiltrazione si forma repentinamente, e dà origine a un tumore, che ricopre il cordone spermatico, e si estende fino alla parte laterale dello scroto. La circostanza, in cui si è manifestato questo tumore, il senso equivoco di fluttuazione che offre, la situazione distinta del testicolo al di sotto di esso, la sua estensione fino all'anello inguinale, che riempie in modo, da impedire di distinguervi il cordone, sono altrettanti segni che l' hanno fatto prendere talvolta per un'ernia. Ma si eviterà facilmente questo sbaglio riflettendo, che se un' ernia nata improvvisamente non è strangolata, è facile di farne la riduzione, e se poi è strangolata, il malato soffre dei sintomi, che non si manifestano mai nel tumore sanguigno, di cui si tratta. Questo tumore può sussistere per lungo tempo nello stesso stato, ma raramente

si dissipa per risoluzione, poichè il sangue stravasato è in troppa copia per potere essere riassorbito. Si è obbligati di squarciare il tumore in tutta la sua estensione per dare esito al sangue, e allorchè è terminata l'incisione, e che il sangue in parte fluido e in parte coagulato, che è contenuto nel tumore, è stato espresso e tolto via con una spugna, si deve ricercare l'apertura, donde scaturì. Raramente per altro si trova, perchè la emorragia è già arrestata, quando uno si determina ad aprire il tumore. Si copre la piaga con una pezzetta di morbida tela, su cui si mettono delle fila, che si mantengono in sito con delle compresse, e una conveniente fascia. La suppurazione si stabilisce, e la piaga, medicata come una piaga semplice, si cicatrizza senza ostacolo. Il testicolo rimane un poco gonfio, a cagione dell'irritazione che il primo apparecchio esercita sul cordone spermatico. Pott (1) per altro ha visto sopraggiungere, dopo l'apertura del tumore, una emorragia che non fu possibile di arrestare, e che rese necessaria la castrazione.

L' ematocele formato dal sangue stravasato nella tunica vaginale, non nasce quasi mai che in conseguenza della punzione dell'idrocele, e ne abbiamo parlato trattando di questa operazione.

Del varicocele o cirsocele.

Questi due nomi hanno la stessa etimologia; ambedue designano un tumore formato da vene varicose. Tuttavia la maggior parte degli autori distinguono la varicocele dalla cirsocele, dando il primo nome alla dilatazione delle vene dello scroto, e il secondo alla dilatazione varicosa della vena spermatica e delle sue ramificazioni. Ma le vene dello scroto sono così piccole, che la loro dilatazione varicosa è difficile, e rarissima; e allorquando ha luogo indipendentemente da una malattia del testicolo o del cordone spermatico, è così poco considerabile, che non cagiona alcuno incomodo, e si può appena riguardare come una malattia. Quindi è che la dilatazione, di cui si parla, succede quasi sempre nelle vene del cordone spermatico; e quando questa dilatazione è assai considerabile da meritare il nome di malattia, si chiama indistintamente varicocele, o cirsocele.

La varicocele può sopraggiungere in tutte l' età, ma i giovani ci sono più soggetti degli adulti e dei vecchi. Si riscontra più di sovente dalla parte sinistra che dalla destra; e questo fenomeno è stato attribuito alla pressione che le materie fecali, accumulate nella porzione iliaca del colon, esercitano sulle vene spermatiche sinistre. Le cause ordinarie di questa malattia sono, i reiterati sforzi, che fanno nell' andar di corpo coloro, che sono abitualmente costipati; la compressione che esercitano sulle vene spermatiche le materie fecali dure e ammassate nei grossi intestini: le ostruzioni del bassoventre, le contusioni del cordone spermatico, la sua compressione, proveniente dalla piastra di un brachiere, ed in generale tutto ciò, che si oppone al ritorno del sangue. Ma siccome queste cause non producono negl'individui, che sono esposti alla loro azione la dilatazione delle vene spermatiche, è infinitamente probabile che la causa principale di questa dilatazione sia una particolar debolezza delle pareti venose.

Allorchè la varicocele è nel suo principio, non apparisce all' esterno con dei segni manifesti; ma sovente un dolore ai reni, con senso di peso nello scroto e nel cordone spermatico, delle frequenti coliche, e un senso di fatica dopo il più leggiero esercizio, indicano ai pratici esercitati il cominciamento di questa malattia. In capo di uno spazio di tempo più o meno lungo, la varicocele si mostra con dei segni non equivoci. Si distingue al di sopra del testicolo un tumore ordinariamente nodoso, molle, piramidale, la cui base si confonde coll'epididimo, e la cui sommità si avvicina all' anello, o pure si perde in quest'apertura. Questo tumore sparisce in parte per mezzo della pressione, dell' azione del freddo, e della posizione orizzontale, mantenuta per qualche tempo; ed è sempre più voluminoso la sera che la mattina. Questa malattia è più incomoda che pericolosa, essendo rarissimo che produca gravi accidenti. Tuttavia in alcuni malati il testicolo diminuisce di volume e diviene

(1) *Tratt. dell' idrocele p.* 163 *obs.* 31.

atrofico; in altri si ammollisce e si disorganizza; il tumore varicoso acquista un considerabil volume, e l'operazione della castrazione diviene indispensabile.

La diagnosi della varicocele offre qualche oscurità nel suo principio; e può offrirla ancora quando il tumore ha acquistato un considerabile volume. Sovente, in fatti, quando lo scroto è divenuto enormemente grosso, è difficile di riconoscere lo stato delle parti.

Allorchè si presenta un tumore di questo genere, si deve prima di tutto esaminare se la malattia occupa ambedue i lati, ciò, che si conosce facilmente e colla vista e col riscontro col tatto, poichè il rafè è inclinato dal lato malato, se il tumore non occupa che una sola parte, e resta poi sempre nel mezzo, se vi sono due varicoceli nel tempo stesso. Si passa poscia all' esame dei testicoli e dei cordoni scendendo da questi ultimi su i primi, o rimontando dal testicolo al cordone, secondo che l' uno o l' altro è più apparente, e si sente se essi conservano il volume e la loro consistenza ordinaria, o se havvi qualche alterazione. Rapprossimando ai segni sommistrati da questo esame, le circostanze commemorative, si giunge quasi sempre a distinguere la varicocele dall' altre affezioni, che le rassomigliano. In tal modo infatti noi siamo arrivati a conoscere un tumore di questo genere in un' uomo, che credeva di avere un' ernia, e che portava la cintura da lungo tempo; avemmo molta pena a convincerlo che il suo tumore non era ernioso, e che bisognava cessare l' uso di un mezzo, che era solamente proprio ad aggravare la sua malattia.

La varicocele è una malattia incurabile. I bagni freddi, i topici astringenti, i tonici e i risolventi, diminuiscono momentaneamente il volume del tumore; ma appena che se ne dismette l' uso, le vene s' ingorgano di nuovo, e il tumore riprende il suo volume primiero. Conviene dunque occuparsi di arrestare i progressi del male, e a diminuirne gl' incomodi per mezzo di un sospensorio, che mantiene, sospesi lo scroto ed i testicoli. Si deve consigliare al malato di stare più spesso che può nella situazione orizzontale, di tenere libero il ventre per mezzo di un conveniente regime e dei clisteri. È stata consigliata, ed anche tentata l' estirpazione delle vene varicose; ma questa operazione difficilissima ad eseguirsi, non ha sempre avuto un felice successo, nè impedisce la recidiva della malattia. La castrazione sarebbe un mezzo sicuro di guarire la varicocele, ma non dobbiamo determinarci a questa operazione che nei casi di complicanza con uno scirro, o con un cancro del testicolo.

Molti autori, tanto antichi che moderni, hanno descritto un tumore dello scroto, a cui hanno dato il nome di pneumatocele, nella supposizione che fosse formato dall' aria. Ma l' esistenza di questa malattia, a cui si dice, che siano particolarmente sottoposti i bambini, non ancora è dimostrata da dei fatti ben costanti, e con ragionamenti che non ammettono replica. Egli è probabile che il tumore, che è stato preso dalle nudrici e da altre persone ignoranti per un pneumatocele, non fusse altra cosa ch' un'ernia intestinale, o un' idrocele della tunica vaginale.

ARTICOLO II.

Delle malattie dei testicoli.

Le principali malattie dei testicoli sono, le piaghe, l' infiammazione, l' atrofia, l'ingorgo cronico e il sarcocele. Questi organi possono essere attaccati da queste diverse malattie, allorchè sono scesi nello scroto, e quando sono tuttora presso l'anello inguinale.

Delle piaghe dei testicoli.

Raramente i testicoli possono essere colpiti da corpi vulneranti; per altro possono essere contusi, divisi o strappati nelle stesse circostanze dello scroto. La diagnosi di queste piaghe è facile. La sottigliezza degli involucri di questi organi, permette di scorgere facilmente nel fondo della piaga la membrana bianca, che gli copre immediatamente, o anche la loro sostanza vascolare nei casi, in cui la tunica albuginea è interessata nel luogo, che corrisponde alla piaga esterna. Se la ferita è stata fatta da uno strumento contundente, il testicolo più o meno fortemente urtato non tarda ad infiammarsi e tumefarsi, e sovente una porzione della sua sostanza viene spinta a traverso la piaga della membrana albuginea: questa

sostanza può essere trascinata fuori dalla suppurazione o dallo stesso chirurgo, se gli accade di non riconoscere i vasi seminiferi. Noi trascriviamo qui due fatti, riportati da G. L. Petit, che sono propri a mettere in guardia contro un così pericoloso errore. Un malato, cui egli aveva aperto un ascesso del testicolo, stava assai meglio; « ma frattanto usciva « sempre dall' apertura della tunica al- « buginea, dic' egli, una sostanza che io « supponeva essere del pus quando era « fluido, o una separazione di qualche e- « scara, allorchè era consistente; ma es- « sendomi accorto che quando questi lembi « resistevano alla loro separazione, usci- « va un poco di sangue, credei che fosse « necessario dilatare l' apertura per ve- « dere il fondo, ciò, che feci; ed allora « mi accorsi che era la propria sostanza « del testicolo che io tirava fuori, la « quale non essendo composta che di pic- « coli vasi, si svolgeva come un gomitolo « di filo nella stessa maniera, che si volge « nei testicoli del topo, dell' uomo, e « della maggior parte degli animali. Ces- « sai di tirare, come pure di asciugare « ciò, che veniva dall' apertura fatta nella « membrana, che io medicai in seguito « con un piumacciolo schiacciato, spal- « mato col balsamo del Fioravanti: con- « tinuai ad applicare sul rimanente della « piaga il digestivo ordinario, e non ne « uscì più niente di simile nè al pus, « nè alle supposte escare o lembi. La « piaga del corpo del testicolo si deter- « se, e le carni riunendosi al rimanente, « non restò che una sola piaga, che si « cicatrizzò prontamente; il testicolo ri- « mase aderente alla cicatrice, ed estre- « mamente diminuito di volume, perchè « aveva perduto più di un terzo della « sua propria sostanza, che io aveva ti- « rato fuori in ciascuna medicatura. »

« Ho veduto in seguito, soggiunge il prefato Petit, un caso simile, per cui fui « chiamato troppo tardi per impedire « questo errore. Tutta la sostanza del « testicolo era stata tirata fuori; non re- « stava che l' epididimo, il quale era « tanto tumefatto, che fu preso per l' i- « stesso testicolo, io non dissi come le « cose erano andate in presenza del ma- « lato, ma uscito fuori, il mio confra- « tello che era inquieto intorno il pre- « teso testicolo, mi ricercò il mio pare- « re, e rimase sorpreso della confessione, « che gli feci dell' errore, che io aveva « commesso, e molto più quando lo pa- « ragonai a quello, che egli stesso veni- « va di fare; avendogli esposto tutte le « circostanze, convenne che ciò poteva « essere, e mi pregò di rivedere di tem- « po in tempo il malato, ciò, che feci « con piacere. L' epididimo, che egli « aveva preso per il testicolo, perchè era « tumefatto, divenne duro, e ingrossò « ancor più; e siccome il cordone sper- « matico poteva permettere l' amputa- « zione, io la proposi; e fu fatta, e ci « diede luogo di potere esaminare at- « tentamente la parte asportata. Noi ri- « conoscemmo la verità di quanto avevo « detto; che il testicolo, cioè era stato, « per così dire, svolto come un gomitolo « di filo; che la membrana albuginea era « rimasta sola, e che congiunta all' epi- « didimo, formava insieme con esso il « corpo tumefatto e indurito, che egli « supponeva essere il testicolo. »

Le piaghe del testicolo, a meno che non siano piccolissime, come la puntura fatta dal trequarti o da una lancetta, sono sempre accompagnate da gravi accidenti inflammatori, che possono produrre la perdita di questi organi. Pure tuttavia si trovano negli autori parecchie osservazioni, che provano non essere sempre queste piaghe così pericolose, e che possono guarire senza che il testicolo diminuisca di volume, e che si alteri la sua organizzazione.

Nella cura di queste piaghe, l'oggetto importante è di prevenire l' ingorgo inflammatorio, e di combatterlo quando si è manifestato. I salassi del braccio, le bevande rinfrescanti e dolcificanti, una dieta severa, e i topici ammollienti e anodini si presentano naturalmente per soddisfare a questo scopo.

Riguardo poi alla piaga, se essa è stata fatta da uno strumento appuntato, basta coprirla con un piumacciolo di fila spalmate di cerato, e vi si applica sopra un cataplasma ammolliente, che comprenda tutto lo scroto, che si tiene in sito col sospensorio. Se la piaga è stata fatta da un ferro tagliente, se ne riuniscono le labbra, e si mantengono a contatto con delle strisce di cerotto agglutinativo non molto strette; se lo scroto strappato in diversi sensi, presentasse parecchi lembi,

che lasciassero il testicolo allo scoperto, esposto al contatto dei corpi esterni, come si è osservato più volte nelle piaghe contuse, bisognerebbe riunire i lembi e tenerli a contatto con uno o più punti di cucitura molto lenti, e applicarvi sopra un piumacciolo di fila spalmato di cerotto o di un digestivo semplice, e coprire poscia le borse con un' impiastro ammolliente. Conviene poi ricorrere ai rimedi generali, propri a combattere l'ingorgo inflammatorio del testicolo, che non manca quasi mai di accompagnare queste piaghe. In seguito uno si conduce come nella cura delle piaghe, che guariscono per suppurazione. Se la sostanza interna del testicolo si presenta alla piaga, bisogna essere ben cautelati, come ho detto poco fa, di non confonderla colla materia della suppurazione, e tirarla fuori.

Allorchè il testicolo è fortemente contuso, l'ingorgo inflammatorio, che vi nasce è talvolta così forte, che produce la perdita dell'organo, la cui sostanza rimane distrutta dalla suppurazione, o viene fuori sotto l'aspetto di pus scuro, mescolato con dei filetti, che non sono altro che i vasi seminiferi. Per prevenire questo accidente, G. L, Petit consiglia di fare delle scarificazioni più o meno profonde sulla membrana albuginea. Ma si comprende che queste scarificazioni non possono praticarsi, se non quando il testicolo è stato messo allo scoperto dallo stesso strumento, che ha fatto la ferita, o dalle incisioni, che si sono dovute fare per dare esito a del sangue stravasato negl'involucri di quest'organo, come nel seguente caso, riferito dello stesso Petit. « Un cavalleggiero del reggimento dei Corazzieri ricevè un calcio da un cavallo nello scroto; nello spazio di sei ore, questa parte divenne nera e grossa come la testa. Vi furono applicate sopra delle pezzette bagnate nell'acqua vite canforata; fu copiosamente salassato; ma ciò nonostante si fu obbligati di squarciare lo scroto da ambedue le parti; n'uscì del sangue rappreso, ma ce ne rimase molto, infiltrato nel tessuto cellulare. I testicoli non apparivano tumefatti, ma furono trovati assai gonfi quando fu tolto, il primo apparecchio. « Nell'esaminarli Petit osservò una fluttuazione, che credè essere causata da un fluido stravasato nella tunica vaginale, ed incise questa tunica da ambedue le parti in tutta la sua estensione: ne uscì molta sanie e dei grumi di sangue: i testicoli non erano molto tumefatti e dolenti, ma allorchè fu tolto il secondo apparecchio, sembrarono un poco più grossi, duri, molto sensibili e di un colore scuro. Petit fece un'incisione di otto o dieci linee in ciascun testicolo, tagliando la membrana albuginea fino alla sostanza del testicolo, e ne scaturì molta sanie; il colore divenne nel momento meno nero, e si rischiarò ancor di più nel giorno appresso, e finì per dissiparsi intieramente, eccettuato in due soli punti, grandi quanto un unghia, che si putrefecero, ma questa putrefazione non ebbe alcuna trista conseguenza, perchè Petit, ricordandosi dell'errore già da lui altra volta commesso, non tirò fuori i filetti spermatrici.

Dopo la guarigione delle piaghe dei testicoli, accade sovente che il volume di quest'organi si trova diminuito, per effetto della suppurazione, o dell'accaduta sperdizione della loro sostanza.

Dell' infiammazione dei testicoli.

L'infiammazione dei testicoli è una malattia frequente. Essa può occupare ambedue i testicoli nel tempo stesso o successivamente, o pure limitarsi a un solo.

Le cause di questa infiammazione sono numerosissime e differenti. Le più frequenti sono, gli sforzi che si fanno per inalzare dei pesi, le piaghe e le contusioni del testicolo, l'irritazioni esercitate sul canale dell'uretra da una candeletta o da una siringa, la contusione del collo della vescica nell' estrazione difficile della pietra, la soppressione della blenorragia, i vizi venereo ed artritico, la metastasi dei gattoni, l'accumulo dello sperma nei condotti seminiferi e nel canale deferente, la sua ritenzione nel momento che doveva succederne l'ejaculazione, l'evacuazioni troppo frequenti di questo liquore, ec. La squisita sensibilità dei testicoli e la delicatezza del loro tessuto, possono parimente riguardarsi come circostanze, proprie a favorire lo sviluppo dell'infiammazione.

I sintomi di questa infiammazione sono il dolore, la tumefazione, e il calore aumentato nei testicoli; talvolta lo scroto conserva il suo color naturale, ma ordi-

nariamente diviene più o meno rosso. Il dolore si propaga lungo il cordone spermatico, il quale è più o meno gonfio, e si estende verso i lombi, ed è tollerabile quando il malato sta a letto, e diviene più forte quando sta in piedi, o che il testicolo è abbandonato al suo proprio peso. Il polso si accelera, si aumenta il calore di tutto il corpo, l'orina è scarsa e di un colore carico.

Questa infiammazione ha ordinariamente un corso rapidissimo; in pochi giorni e talvolta anche in poche ore il testicolo acquista un volume considerabile, e presenta una fortissima tensione. Può terminare per risoluzione, per suppurazione, per indurimento, e talvolta per metastasi, ma raramente per gangrena. La risoluzione è il termine più frequente e il più felice di questa infiammazione, ma sovente è incompleta; il testicolo, o almeno l'epididimo resta più voluminoso, che non lo era prima dell'infiammazione; ed in qualche caso, sebbene rarissimo, rimane più piccolo.

La durata di questa malattia è sovente lunga. Il primo periodo n'è cortissimo, ma l'ultimo, quello cioè, della risoluzione dura ordinariamente tre settimane, un mese, e più ancora.

Si combatte l'infiammazione del testicolo con i salassi ripetuti più o meno di frequente, secondo l'intensità dei sintomi, l'età e il temperamento del malato; con i cataplasmi ammollienti e anodini, con i semicupj, le bevande rinfrescanti, e colla dieta più o meno severa, secondo la violenza dell'infiammazione, e il grado della febbre che l'accompagna. Allorchè il dolore è estremo, parecchi autori raccomandano le mignatte come il miglior mezzo per combattere questa infiammazione, e oggi, che si fa un tanto deplorabile abuso delle mignatte, la maggior parte dei pratici ne applicano un gran numero allo scroto e lungo il corso del cordone spermatico; ma ho osservato che l'irritazione cagionata dalla loro puntura nuoce assai più di quello, che giovi la deplezione sanguigna, che esse producono la quale limitandosi alla pelle, non può essere vantaggiosa. Si raccomanda al malato di rimanere nella situazione orizzontale, e si tengono i testicoli sollevati con un sospensorio, a fine d'impedire i dolorosi stiragliamenti, che ne soffrirebbe il cordone, e gli attriti, ai quali sarebbero esposti nei movimenti del corpo. Si deve sempre procurare di tenere il ventre libero per mezzo dei clisteri, perchè l'accumulo delle materie fecali nel retto può impedire il ritorno del sangue venoso, e aumentare la congestione esistente negli organi vicini.

Oltre questi mezzi, che convengono in tutte l'infiammazioni dei testicoli, si debbono impiegare quelli ancora che prendono specialmente di mira la causa della malattia. Così, se l'infiammazione è prodotta dalla soppressione della blenorragia, convengono i rimedi, atti a richiamare questo scolo. Se dipende dalla cessazione del flusso emorroidale, si devono applicare le mignatte all'ano. Se è cagionata dall'irritazione, che esercita sul canale dell'uretra una siringa, o una candeletta, bisogna cessare l'uso di questi strumenti, eccettuati però i casi, in cui il malato non può orinare senza questi soccorsi, come nella paralisi della vescica.

Allorchè l'infiammazione comincia a diminuire, molti pratici applicano sulla parte dei risolventi stimolanti, in vista di accelerare la risoluzione dell'ingorgo; ma questa condotta ha sovente riaccesa l'infiammazione, e fatto degenerare il tumore in scirro. Finchè rimane nella parte un principio d'irritazione, quantunque i sintomi della malattia siansi ammansiti, si deve continuare l'uso dei cataplasmi ammollienti, che sono quasi sempre sufficienti per risolvere completamente l'ingorgo. Ma allorchè il tumore non è più dolente, se la risoluzione si opera lentamente, si deve procurare di accelerarla con i risolventi e con i fondenti ancora.

Rimane sovente dopo la risoluzione dell'ingorgo infiammatorio del testicolo, un poca di gonfiezza in quest'organo, e specialmente nell'epididimo; talvolta queste parti conservano una sensibilità maggiore dell'ordinario; questa gonfiezza e questa sensibilità rendono il testicolo suscettibilissimo a infiammarsi di nuovo; ond'è che bisogna raccomandare a coloro che hanno sofferto questa malattia di evitare con gran cura tutto ciò, che potrebbe procurarne il ritorno. L'uso abituale d'un sospensorio diviene allora uno dei principali mezzi profilattici.

Allorchè l'infiammazione del testicolo è molto intensa, e che nel suo principio

non sono stati usati i mezzi propri a favorirne la risoluzione, termina talvolta per suppurazione. Fanno temere quest'esito la violenza dei sintomi infiammatori e i dolori lancinanti. Si conosce che la suppurazione si è stabilita dalla mollezza del luogo, ove esiste, e dalla fluttuazione, che vi si sente. L'ascesso che risulta da quest'esito dell'infiammazione, può avere la sua sede sotto la pelle dello scroto, o nel corpo del testicolo. Nel primo caso, se l'ascesso è molto piccolo, e se il tumore è aumentato, e la pelle che lo ricopre si assottiglia prontamente si applica sulla sommità di esso un'impiastro d'unguento della madre, e si lascia l'apertura dell'ascesso alla natura, ma per poco che l'ascesso sia considerabile, si deve aprire col ferro tagliente appena che vi si sente la fluttuazione: se si aspettasse che si aprisse da se, la pelle si assottiglierebbe considerabilmente prima di rompersi, e resterebbe probabilmente una fistola, di cui non si potrebbe ottenere la guarigione senza incidere la pelle, e forse anche senza asportarla, se fosse estremamente assottigliata.

Allorchè l'ascesso ha la sua sede nel testicolo, il pus non potendo farsi strada all'esterno a causa della resistenza che gli oppone la tunica albuginea, rammollisce e disorganizza in qualche modo la sostanza di quest'organo, prima che si manifesti la sua esistenza per mezzo della fluttuazione. Dopo l'apertura dell'ascesso, che in tali casi è sempre fatta tardi, la piaga somministra in ogni medicatura una sostanza grigiastra, che è stata presa, come abbiamo già detto per vera marcia non bene elaborata, o per lembi del tessuto cellulare, e che non è altro che i condotti seminiferi; e se si tirano, il testicolo si disfà come un gomitolo di refe, non rimane che l'epididimo e la tunica albuginea. Bisogna star molto in guardia contro questa illusione, e procurare di aprire l'ascesso del testicolo appena che n'è sensibile la fluttuazione.

Per quanto sia metodica la cura di questi ascessi, l'ulcera rimane sovente fistolosa; e tanto più poi accade quest'accidente, allorchè la malattia è trascurata, o mal curata. Queste sorte di fistole sono sovente accompagnate da callosità; il testicolo, l'epididimo, e il cordone dei vasi spermatici rimangono gonfi e duri; e geme dall'apertura della fistola una materia ora purulenta, ed ora chiara. Talvolta nascono nel testicolo parecchi fori, e se qualcuno di essi si cicatrizza, se ne formano altri in conseguenza di piccoli ascessi, che si rinnovano di tempo in tempo.

La guarigione di queste fistole è estremamente difficile, a meno che l'infiammazione del testicolo, che le ha prodotte non riconosca per causa il virus venereo. In quest'ultimo caso, bisogna cominciare dal far subire al malato una cura antisifilitica generale, completa e metodica. Si osserva sovente in queste occasioni che l'uso del mercurio ed i cataplasmi ammollienti, applicati sulla parte, bastano per fondere le durezze e dissipare gl'ingorghi di modo, che le fistole guariscono da se stesse, ma se il vizio locale resistesse a questi mezzi a causa del numero delle callosità e della disposizione dei seni, conviene distruggerli col ferro tagliente, o con i caustici, onde togliere di mezzo gli ostacoli, che si oppongono alla riunione delle fistole.

L'indurimento è da temersi, allorchè il testicolo essendo molto grosso e duro, gli altri sintomi infiammatorii non hanno una proporzionata intensità: egli è da temersi ancora quando i repellenti, e nominatamente la terra dei cultellinai, impastata coll'olio e coll'aceto rosato, essendo stata intempestivamente applicata, il tumore è diminuito di volume, ed è divenuto molto più duro. Quando avvi luogo a temere questo indurimento, si deve ricorrere ai mezzi, che indicherò quanto prima nel trattare dell'ingorgo cronico dei testicoli.

Il termine dell'ingorgo infiammatorio dei testicoli per metastasi non è stato osservato che nei casi, in cui questo ingorgo succede a quello delle parotidi: parecchie volte allora la riapparizione della malattia in queste glandule coincide colla sua sparizione nei testicoli.

Allorchè la tumefazione del testicolo e del cordone spermatico è molto forte, l'infiammazione può terminare in gangrena. Avvi una causa speciale, capace di dare luogo a questo accidente; ed è la ristrettezza e la rigidità dell'anello inguinale, che comprime il cordone spermatico, già tumefatto per l'ingorgo del testicolo. Ora si comprende che lo strozzamento formato

da questo anello deve tanto più aumentare, che la tumefazione del cordone diviene più considerabile di modo, che il ritorno dei liquidi essendo sospeso, la parte cade necessariamente in gangrena. Per prevenire questo accidente, bisogna ricorrere ai salassi spesso ripetuti, ai cataplasmi ammollienti ed ai semicupi. Ma se con questi soccorsi non si ottiene il rilasciamento dell' anello e la libertà della circolazione nei vasi del cordone spermatico, non bisogna esitare a fare la stessa operazione che per il bubonocele, che consiste a sbrigliare la parte che cagiona lo strozzamento. Ma se non si è agito colla necessaria prontezza per impedire la gangrena, o se, nata per l' eccesso dell' infiammazione e dell' ingorgo del testicolo, ha fatto dei progressi così rapidi, che non si sono potuti frenare, bisogna fare allora le incisioni, che si giudicano necessarie per diminuire l' ingorgo della parte affetta; e se anche queste non bastano per impedire i progressi della malattia, bisogna affrettarsi ad estirpare il testicolo, affinchè la gangrena non si estenda fino al bassoventre, seguendo il corso del cordone dei vasi spermatici.

Dell' atrofia dei testicoli.

Uno, o ambedue i testicoli possono diminuire poco a poco di volume, e anche sparire intieramente. Questa malattia, cui è stato dato il nome di atrofia dei testicoli, può dipendere da molte cause. Nei bambini erniosi, la compressione del cordone spermatico esercitata da cinture mal fatte, ha prodotto talvolta una tale dimiuuzione nel volume del testicolo, che è divenuto grosso quanto un pisello. L' istesso effetto è stato osservato nell' ernie scrotali non ridotte, probabilmente per la costante pressione dell' intestino sul testicolo. In un' idrocele si è trovato quest' organo ridotto quasi al niente per la pressione dell' acqua. La suppurazione del testicolo è quasi sempre seguita dall' atrofia di quest' organo, specialmente allorchè uno si è ingannato sulla natura della sostanza, che fornisce l' ulcera in ciascuna medicatura, e che si sono tirati fuori i vasi seminiferi, credendoli del pus mal elaborato, o dei lembi del tessuto cellulare. L' atrofia del testicolo succede qualche volta, ma raramente, alla semplice infiammazione nata spontaneamente, in conseguenza dell' irritazione dell' uretra: il testicolo diviene grosso, dolente, e indi incomincia a diminuire, come nella risoluzione di un'ordinaria infiammazione; ma questa diminuzione non si arresta; allorchè il testicolo è ridotto al suo natural volume, diviene più piccolo, va scemando sempre più di volume, e finalmente sparisce affatto. Si è osservato talvolta l' atrofia di quest' organo dietro l' applicazione per lungo tempo continuata dei topici astringenti e risolventi in vista di rimediare alla dilatazione varicosa delle vene spermatiche. In tutti questi casi la causa del deperimento del testicolo è evidente, ma è stato osservato ancora quest' accidente senza alcuna precedente malattia, o causa apparente. L' atrofia di un sol testicolo non nuoce essenzialmente alla virilità, ma quando ne sono colti ambedue, l' uomo non è più atto alla generazione.

Non si conoscono mezzi capaci di arrestare i progressi dell' atrofia dei testicoli. Il mercurio, la cicuta, i bagni freddi e l' elettricità sono stati tentati senza successo.

Dell' ingorgo cronico dei testicoli.

L' ingorgo cronico del testicolo offre quasi sempre l' apparenze esterne del sarcocele, o del cancro di quest' organo; ma ne differisce essenzialmente in questo, cioè, che l' ingorgo è suscettibile di risoluzione, e quando non si risolve, i malati possono portarlo lungo tempo senza che faccia dei progressi, e che si estenda al cordone spermatico, e senza che eserciti una influenza nociva sul sistema dell' economia animale.

Questo ingorgo cronico può limitarsi a un testicolo solo, o estendersi a tutti e due nel tempo stesso. Quest' ultima circostanza contribuisce molto a far distinguere questo ingorgo dal sarcocele, il quale non attaccca giammai che un sol testicolo. L' ingorgo ora occupa solamente l' epididimo, e ora attacca l' epididimo e il testicolo, e talvolta una di queste parti è molto più ingorgata dell' altra.

Questo ingorgo è prodotto da varie cause. Sovente è una conseguenza della infiammazione dei testicoli. Talvolta nasce poco a poco sia per l' azione del virus venereo, del vizio scrofoloso, o reumatico, o per qualche altra causa difficile a potersi apprezzare.

I sintomi principali di questo ingorgo

cronico sono, indipendentemente dall' aumento di volume del testicolo, che può offrire dei gradi diversi, un senso di peso, di tiragliamento, che si prolunga lungo il corso del cordone spermatico, allorchè il tumore è abbandonato al suo proprio peso. Questo tumore, che conserva quasi sempre la forma del testicolo, è indolente, anche comprimendolo alquanto, ed il malato non vi sente delle punture: la sua durezza è poco considerabile, e la sua superficie non offre delle ineguaglianze. Pervenuto a un certo grado, questo ingorgo cessa di fare dei progressi, ed i malati possono portarlo lungamente, e qualche volta anche per tutto il tempo della loro vita, senza che prenda un cattivo carattere, e senza che dia altri incomodi, che quelli risultanti dal suo peso, a cui si può rimediare sostenendo il tumore col sospensorio.

Prima d' intraprendere la cura dell'ingorgo cronico del testicolo, si deve procurare di conoscerne la causa, e specialmente di distinguerlo dal sarcocele. Ma questa distinzione è quasi sempre difficilissima di modo, che uno è esposto da un canto ad estirpare un testicolo, che si sarebbe potuto conservare e risanarlo coll' uso dei rimedi propri a risolvere l' ingorgo, o con cui il malato sarebbe potuto vivere senza soffrire gravi accidenti, e dall' altro canto a tentare, con gran pregiudizio del malato, di guarire con i rimedi una malattia, che non può cessare che coll' estirpazione del testicolo.

Riguardo alla causa della malattia, se si eccettui il caso in cui l' indurimento del testicolo è stato preceduto da un'infiammazione acuta, proveniente da un agente esterno o meccanico, è quasi sempre difficilissimo di poterla esattamente assegnare, sia che l' ingorgo cronico del testicolo sia una conseguenza dell' infiammazione di quest' organo, o che siasi formato spontaneamente, senza precedente infiammazione. Vi è luogo a credere che dipenda dal virus venereo, allorchè il malato è stato attaccato dalla blenorragia, o da ulceri sifilittiche, che siano state mal medicate; e quando esiste attualmente, oltre l' ingorgo del testicolo, dei sintomi di lue celtica, come delle pustule, dell' ulcere nella gola, delle esostosi con dolori notturni ec. In questo caso, se ambedue i testicoli sono nel tempo stesso malati, questa circostanza avvalora più che mai le ragioni per credere l' ingorgo di una natura venerea.

Se il malato di questo ingorgo cronico non ha mai sofferto mali venerei, se egli presenta i caratteri fisici delle scrofole, e se ha sofferto, o soffre attualmente qualcuno degli effetti, che suol produrre il vizio scrofoloso, è molto probabile che l'ingorgo dipenda da questo vizio. Quando questa malattia attacca un gottoso, o che soffre di reumatismi, e che è sopraggiunta dopo cessato un' accesso dell' una, o dell' altra di queste malattie, si può con molta ragione credere che dipenda dal vizio artritico, o reumatico.

Allorchè l' ingorgo cronico del testicolo è la conseguenza di una infiammazione, prodotta da una causa esterna o locale, i rimedi esterni o locali bastano ordinariamente per guarirlo; ma quando dipende da una causa interna, si devono usare, unitamente ai topici, i rimedi interni, o generali, appropriati alla natura di questa causa. In tutti i casi poi, il malato deve rimanere nella situazione orizzontale, e lo scroto dev' essere costantemente sostenuto da un sospensorio.

I rimedi esterni si prenderanno dalla classe dei risolventi e dei fondenti; ma quando l'infiammazione ha preceduto l'ingorgo, non si deve cominciare l' uso di questi medicamenti se non quando il tumore ha cessato di essere dolente, e che è rimasto distrutto ogni principio d' irritazione, senza di che si rischierebbe di risvegliare il dolore, e di ritardare la risoluzione. Per la stessa ragione, non si deve passare che per gradi dall' uso degli ammollienti a quello dei risolventi. Quindi è che si aggiungerà al cataplasma di farina di semi di lino e d'acqua di malva, una certa quantità di farina di fave, che si anderà aumentando poco alla volta; in seguito si comporranno i cataplasmi di questa ultima farina, e d'infusione di fiori di sambuco, di camomilla e di meliloto. Più tardi si sostituirà a questa infusione dell' acqua di sapone, preparata con un' oncia di questa sostanza per ogni due libbre d' acqua. Si potrà rendere il cataplasma ancor più risolvente aumentando la quantità del sapone, e aggiungendovi del solfuro di potassa. Per altro conviene osservare che

se s' impregnasse l' acqua di una troppo grande quantità di sapone e di solfuro di potassa, il cataplasma potrebbe irritare la pelle, e anche escoriarla come io ho talvolta osservato. Si seconda l' effetto dei cataplasmi risolventi colle frizioni sullo scroto di unguento mercuriato doppio, queste frizioni convengono specialmente quando vi è luogo di credere che l' ingorgo cronico del testicolo sia venereo. È stata molto vantata per la risoluzione di questo ingorgo, l' esposizione della parte al vapore dell' acqua mescolata con aceto, ma questo vapore cagiona sovente dell' irritazione, e del rossore alla pelle, che obbligano a sospenderne l' uso. In qualunque modo, siccome importa molto, che il tumore non sia abbandonato al suo proprio peso, nel tempo che resta esposto a questo vapore, si deve sostenere con un pezzo di velo assai rado onde il vapore possa penetrare fino alla pelle. Quando si è ottenuto dall'uso di questi rimedi tutti i vantaggi, che possiamo sperarne, si rimpiazzano con un'impiastro composto con parti uguali d'impiastro di sapone, e d' impiastro di vigo con mercurio. Questo impiastro deve rinnuovarsi ogni dieci, o dodici giorni.

L' uso dei rimedi interni è subordinato alla causa della malattia. Allorchè questa causa consiste nel virus venereo, il malato deve essere sottoposto alla cura antisifilitica completa e metodica, della quale il mercurio deve costituire la base. Si amministra questo rimedio in frizioni, o internamente sotto qualcuna delle forme usate. Uno si decide o per l' uno o per l' altro di questi modi di amministrazione del mercurio, secondo lo stato generale del malato, e le cure anteriori, che può avere subite; e allorchè il mercurio è stato già impiegato senza successo sotto parecchie forme, bisogna ricorrere ai sudorifici. L' esperienza ha dimostrato i buoni effetti dei rimedi antivenerei anche nei casi, ove il volume, la durezza e l' antichità del tumore avrebbero potuto far temere la degenerazione cancerosa, e per conseguenza determinare a praticare la castrazione. Sono stati ancora osservati alcuni casi, nei quali non vi era alcun sospetto di sifilide, e dove la risoluzione si è operata durante l' uso di questi rimedi.

Quando l' ingorgo cronico del testicolo ha luogo in una persona scrofolosa, e che sembra dipendere dal vizio scrofoloso, si devono associare i mercuriali agli antiscorbutici ed ai tonici. Questa associazione è specialmente necessaria, se il malato è stato attaccato da qualche malattia venerea. Ma bisogna insistere per lungo tempo sull' uso di questi rimedi combinati, per ottenerne dei buoni effetti.

Allorchè l' indurimento cronico del testicolo ha resistito a tutti i soccorsi dell' arte, convien' egli abbandonarlo a se stesso, o liberarne il malato mediante l' estirpazione del tumore? Parecchi autori sono di parere che si debba attenersi al primo partito, allorchè il tumore ha cessato di fare dei progressi, che la sua superficie è uguale, e che il malato non ci soffre più dolore, e non ammettono che si debba ricorrere alla castrazione, se non quando cominciano a manifestarsi i sintomi della degenerazione cancerosa. Essi fondano questa loro opinione su degli esempi d' ingorghi cronici del testicolo, che hanno durato per lunghissimo tempo, e anche per tutta la vita, senza degenerare, e senza cagionare altro incomodo, che quello risultante dal peso del tumore, ed a cui si può rimediare sostenendo il testicolo col sospensorio. Ma a queste osservazioni se ne può opporre un maggior numero, che provano il contrario, cioè, che l' ingorgo cronico del testicolo abbandonato a se stesso, si è esteso al cordone, ed ha preso un carattere maligno, che ha reso l'estirpazione inutile, e sovente anche pericolosa. Quindi è che allorquando non rimane alcuna speranza di risolvere l' ingorgo del testicolo con i rimedi interni ed esterni i più appropriati a ciascun caso in particolare, il partito migliore e più sicuro è quello di estirpare il tumore, piuttosto che di abbandonarlo alla natura. Egli è vero che, tenendo questa condotta, ci esponghiamo ad estirpare un testicolo, col quale il malato sarebbe potuto vivere senza soffrire molesti incomodi; ma quando ci facciamo a considerare che in questo stato il testicolo è assolutamente inutile, e che l' operazione, per cui si estirpa è rarissimamente pericolosa, ci persuaderemo che è meglio far correre al malato gl' incerti rischi di questa operazione, che i sicuri pericoli della degenerazione cancerosa del testicolo. Per al

tro la malattia può essere accompagnata da circostanze particolari, che contrindicano quest' operazione, come sarebbe l' età molto avanzata del malato, la sua estrema debolezza, l' affezione simultanea di ambedue i testicoli ec.

Del sarcocele o cancro del testicolo.

Si dà il nome di sarcocele all'ingorgo scirroso o canceroso del testicolo. Questa parola viene dal greco, e significa *carne* o *tumore*. Gli antichi hanno compreso questa malattia, a cagione della sua sede e della sua somiglianza con quelle formate da cambiamento di luogo delle parti, nel genere dell' ernie *spurie umorali*, e l' hanno chiamata *ernia carnosa*, nome dedotto dalla traduzione della greca parola *sarcocele*.

Niente può servir meglio a dare una falsa idea delle differenti malattie, dalle quali può essere attaccato un' organo, che di comprendere sotto la stessa denominazione parecchie affezioni, che non hanno altro di comune fra loro che qualche esterna apparenza. Questo è ciò che è precisamente accaduto riguardo alle malattie del testicolo: è stato chiamato sarcocele non solamente il cancro di quest' organo, ma anche il suo indurimento cronico, l' ingrossamento e l' indurimento della tunica vaginale, ed anche certi tumori delle borse, senza alcun' affezione dei testicoli. Questo abuso delle parole è la sorgente delle numerose contradizioni, che s' incontrano negli autori relativamente alle cause del sarcocele, alla sua diagnosi, alla sua cura ed alle probabilità della sua guarigione. Noi abbiamo parlato dell' ingorgo cronico del testicolo, a cui è stato dato impropriamente il nome di sarcocele; noi parleremo in appresso dell' ingrossamento e dell' indurimento della tunica vaginale, e degli altri tumori, che hanno ricevuto lo stesso nome. Non tratterò adesso che del vero sarcocele; cioè a dire, della malattia, in cui la sostanza del testicolo è trasformata in un tessuto scirroso o in una materia cerebriforme, e nell' uno e nell'altra.

Il sarcocele è molto meno frequente negli uomini, del cancro delle mammelle nelle donne. Non si osserva mai nell'infanzia. Io ho veduto parecchie volte l'ingorgo cronico del testicolo nei bambini scrofolosi, ma giammai l'ho visto degenerare in cancro, anche quando il tumore era esulcerato. Gli uomini vanno esposti al sarcocele dall'età dei venti anni fino alla vecchiezza; ma si osserva più di frequente nell' età matura, che nell'altre epoche della vita. Questa malattia non attacca quasi mai che un solo testicolo; e anche quando si rinnuova dopo l'estirpazione, è estremamente raro che invada l'altro testicolo.

Varie cause locali possono produrre questa malattia, come le contusioni, le percosse del testicolo, l'indurimento cronico, che succede all' infiammazione di quest'organo, qualunque ne sia stata la causa, l'abuso dei piaceri venerei, la continenza, ec. ma queste non ne sono la causa prossima, o efficiente. Questa causa, come quella delle malattie cancerose, che si formano negli altri organi, consiste in una interna disposizione, che è stata chiamata *diatesi cancerosa*, o disposizione al cancro. Questa interna disposizione, di cui non è conosciuta la natura, e che non si manifesta per mezzo di alcun segno particolare, può dar luogo al sarcocele senza il concorso di alcuna causa esterna, o determinante. Quante volte non ho io veduto manifestarsi questa malattia, senza che il testicolo avesse sofferto alcuna esterna lesione! e quando il sarcocele nasce in conseguenza di una leggiera contusione o percossa del testicolo, o di uno sforzo, avvi una sproporzione così grande tra la causa presente e l'effetto, che uno spirito giudizioso non può fare a meno di non riguardare questa causa come una accidental circostanza, la quale ha messo in azione, se si può dir così, la diatesi cancerosa, senza di cui qualunque causa esterna non avrebbe giammai potuto produrre il cancro del testicolo.

Il sarcocele si presenta con delle differenze così numerose relativamente alla parte del testicolo, che n'è attaccata la prima, al volume, alla forma, e alla durezza del tumore, alla maniera con cui si sviluppa, ai suoi sintomi, al suo corso, e ad altre particolari circostanze, che sovente l' accompagnano, che è impossibile di tracciarne una storia generale, che convenga a tutti i casi individuali.

Quasi sempre il sarcocele comincia dal corpo del testicolo, e ne attacca tutta la sostanza; di là guadagna l' epididimo, e

ben presto l'invade tutto, e allora questa parte è talmente confusa col corpo del testicolo, che diviene impossibile il distinguerla. Qualche volta pertanto la malattia si dichiara da principio nell'epididimo; altre volte nel cordone spermatico, di dove si estende alle parti vicine. Si trovano negli autori un gran numero di esempi di sarcoceli che hanno incominciato dalla parte del cordone spermatico, compresa fra l'anello inguinale ed il testicolo, che era perfettamente sano. Questi sarcoceli del cordone sono della peggiore specie, poichè gli accompagnano quasi sempre dei tumori cancerosi nel ventre, che fanno perire miserabilmente i malati. Io ho per due volte incontrato questa specie di sarcocele: il tumore occupava la parte del cordone, che si trova immediatamente al di sotto dell' anello; era duro, circoscritto, e vi si facevano sentire di tempo in tempo dei dolori lancinanti; comprimendolo, vi rimaneva un forte dolore per parecchie ore dopo. Si sentiva dallo stesso lato a traverso le pareti abdominali un tumore voluminosissimo, che si estendeva dall'inguine fino alla regione lombare. I due malati, nei quali ho osservato questa affezione cancerosa, ne sono morti prima che si esulcerasse il tumore del cordone.

Il volume del sarcocele varia molto. Talvolta il testicolo conserva il suo volume naturale; ma il più di sovente quest'organo diviene molto più grosso, ma è raro però che acquisti un volume enorme. Sono stati descritti sotto il nome di sarcocele dei tumori dello scroto eccessivamente grossi, e che pesavano venti, trenta, sessanta ed anche ottanta libbre, ma come diremo in appresso, questi tumori non erano sarcoceli, essendo formati da umori linfatici, steatomatosi o di altra natura, infiltrati attorno il testicolo, il quale conservava il suo volume e la sua natural consistenza. Il vero sarcocele non acquista giammai un così enorme volume; il più grosso che io abbia osservato nella mia pratica, era presso a poco del volume della testa di un bambino di tre o quattr' anni. L' esame del tumore, dopo la sua estirpazione, fece vedere che la sostanza del testicolo era quasi intieramente convertita in una materia cerebriforme. Il cordone spermatico era sano, e non si sentiva alcun tumore nell' abdome. L'operazione ebbe qualche successo, cioè a dire, che la piaga guarì perfettamente, ma circa otto mesi dopo il malato morì di una degenerazione del polmone destro e del fegato, che era simile a quella del testicolo.

Ho detto che il sarcocele lascia talora al testicolo il suo naturale volume, ma qualche volta il testicolo, nell'indurirsi, diminuisce di volume, e si riduce grosso quanto una piccola noce. Io potrei riportare parecchi esempi di questo genere d' indurimento canceroso, ma mi limiterò al seguente. Un' uomo dell'età di quaranta anni incirca, d' un temperamento bilioso e nervoso, essendo sempre fin' allora vissuto sano, soffriva già da qualche tempo un sordo dolore nella regione lombare, quando si accorse che il suo testicolo sinistro s' induriva, e diminuiva di volume. Nello spazio di circa sei mesi, questo organo si ridusse grosso come una piccola noce. Era indolente e di una durezza scirrosa. Il cordone era sano, e solamente il canale deferente mi parve un poco più grosso di quello dell' altra parte. Esplorando l' abdome con ogni diligenza, non vi si scopriva alcun tumore. Feci l' estirpazione di questo sarcocele, e dopo l' operazione esaminando il testicolo, osservai che era intieramente convertito in una materia scirrosa, e che non conteneva alcun focolare di materia sierosa. Il diametro del canale deferente era considerabilmente aumentato, e le sue pareti erano ricoperte di una materia biancastra e come steatomatosa. La piaga dell' operazione si cicatrizzò intieramente in capo a sei settimane; ma circa dieci mesi dopo, si manifestarono dei tumori nell' abdome, ed in altre parti del corpo, e specialmente uno di questi considerabilissimo nella parte laterale sinistra del collo. Il malato perì miserabilmente nella cachessia cancerosa in capo a circa sei mesi.

Allorchè il sarcocele è nei suoi principj è poco voluminoso, il testicolo conserva la sua forma naturale, ma essa si altera a misura che il male fa dei progressi. Nel maggior numero dei casi il tumore presenta una durezza e un volume considerabile. Qualche volta per altro è molle, e il suo peso è presso a poco lo stesso di quello d' un idrocele dello stesso volume. Nel principio del-

l'anno 1824 asportai un sarcocele del volume di un pugno. Il tumore era quasi rotondo, uguale, molle, indolente, e non presentava nè fluttuazione, nè trasparenza. Prima d' incidere la pelle, insinuai un trequarti nel tumore, per assicurarmi se conteneva qualche liquido, e sgorgò dalla cannula solamente un poco di materia gelatinosa rossastra. Quando il tumore fu estirpato, procedei al suo esame, e trovai che il testicolo era convertito in una materia, che avea il colore e la consistenza della conserva di ribes. L' operazione ebbe un felice successo; ma nel momento, che io ne consegno qui la storia, vale a dire, sei mesi dopo, il malato incomincia a soffrire del dolore nella regione lombare, e palpando il bassoventre, trovo nella sua parte superiore sinistra, lato da cui era il sarcocele, un tumore assai voluminoso, e dolente sotto la pressione, della stessa natura, senza dubbio, di quella del testicolo, e che farà infallibilmente perire il malato.

Lo sviluppo, i sintomi e il corso del sarcocele presentano molte varietà. Talvolta questa malattia risulta dalla degenerazione di un ingorgo cronico del testicolo, o venereo, o di altra natura. In questo caso, il tumore dopo di avere sussistito per uno spazio di tempo più, o meno lungo, senza cagionare altri incomodi, che quelli, che risultano dal suo peso, tutt'in un tratto aumenta di volume, cambia di forma, diviene dolente, e presenta tosto tutti i fenomeni propri delle malattie cancerose. Ma il più di sovente l'apparizione del sarcocele è preceduta da dei sordi dolori nella regione dei lombi, nel cordone spermatico e nel testicolo. Quindi, senza causa conosciuta, o all'occasione di una leggera contusione o percossa, o di uno sforzo, quest'organo si tumefà e s'indura; la sua forma ovoidale si altera, e in capo a uno spazio di tempo più, o meno lungo, si trova nel posto del testicolo un tumore più o meno grosso, duro, pesante, ora bislungo, ora rotondo, uguale nella sua superficie, dolente quando si tocca e dopo, e che cagiona un senso di peso, e talvolta un dolore, che si estende nelle regioni inguinale e lombare. Abbandonando a se stesso questo tumore, fa dei progressi più o meno rapidi. Nel tempo medesimo che il suo volume e la sua durezza vanno crescendo, la sua superficie diviene ineguale e bernoccoluta, vi si fanno sentire di tempo in tempo dei dolori leggeri, e se si lascia pendente, il malato soffre delle stirature e un malessere nella regione lombare. A misura che la malattia fa dei progressi, il dolore diviene più vivo, lancinante, e il malato soffre delle punture nella sostanza del tumore. Il cordone spermatico s'ingorga, si tumefà, si indurisce, e molto spesso si vedono lungo il suo corso delle nodosità più, o meno considerabili. Le vene succutanee si dilatano e divengono varicose; la pelle delle borse si addossa al tumore, specialmente nel luogo ove questo presenta delle ineguaglianze; essa s'infiamma, si distrugge, e si stabilisce in tali luoghi un' ulcera schifosa, con i labbri rovesciati, e da cui geme una fetida sanie sierosa. Si vede uscir talvolta da queste fenditure della pelle un fungo, da cui sgorga del sangue nel toccarlo, che sempre più va vegetando, e s'irrita sotto l'applicazione dei caustici.

Frattanto il male si estende dall'esterno all'interno, e si sviluppano nell'abdome dei tumori della stessa natura di quella del testicolo. Questi tumori hanno la loro sede nel tessuto cellulare, che circonda i vasi spermatici, nei gangli linfatici dei lombi, nel mesenterio: talvolta anche il fegato, la milza, e i reni si tumefanno, e divengono duri e scirrosi. Il sistema dell'animale economia si altera, il colore diviene pallido, smorto, e plumbeo, si perde l'appetito, le digestioni si fanno male, le membra inferiori s'infiltrano; il malato dimagra, una specie di febbre etica lo divora, e muore nell'ultimo grado della cachessia cancerosa.

Tali sono i sintomi, e l'ordinario corso del sarcocele. Ma tanto gli uni, che l'altro presentano delle numerose varietà. Qualche volta il testicolo rimane per un lungo spazio di tempo duro, scirroso, indolente, senza disuguaglianza nella sua superficie, e senza produrre altri incomodi, che quelli del suo peso. Altre volte, poco dopo che la malattia ha incominciato a manifestarsi in un modo placido e benigno, il testicolo diviene di repente ineguale e nodoso, e il malato vi sente dei dolori acutissimi, che si estendono fino ai reni e al dorso, senza che la pelle abbia ancora incominciato ad

esulcerarsi. In qualche caso la malattia procede con un estrema violenza, si estende a tutti gl'involucri del testicolo, e produce prontamente un' estesa ulcera cancerosa da cui sorge un fungo dolente, e soggetto a delle frequenti emorragie. I dolori lancinanti sono uno dei caratteri delle malattie cancerose, e la loro presenza nel sarcocele è riguardata come l'indizio della degenerazione del tumore; ma ho veduto molti sarcoceli veramente cancerosi, essendo essi recidivati dopo l'estirpazione, che non erano giammai stati dolenti. Quindi è che uno s'ingannerebbe spesso se si aspettasse, per giudicare della natura cancerosa della malattia, che si manifestasse il dolore. L'epoca della malattia, a cui il cordone spermatico s'indurisce e si gonfia varia molto; talvolta questo accade in principio della malattia; ma in generale un tal fenomeno sopraggiunge quando il tumore è già invecchiato e che ha acquistato un volume considerabile. Qualche volta il cordone spermatico diviene grossissimo e molto duro fino nel ventre, molto al di sopra dell' anello inguinale. Altre volte sembra sano dal testicolo fino all' anello, ma seguendone il corso e palpandolo diligentemente a traverso la parete abdominale, si sentono per intervalli dei piccoli tumori olivari, che sono dell'istessa natura di quello del testicolo. In certi casi il cordone non è più grosso nè più duro che nello stato naturale, ma il canale deferente è evidentemente più grosso di quello del lato opposto; e quando si esamina dopo l'estirpazione del tumore, si trova che il suo diametro è considerabilmente aumentato, e che è ripieno di una materia biancastra steatomatosa. Questo stato del canale deferente è una circostanza pessima, poichè tutti i malati che ho operati, nei quali l'ho incontrata, sono morti di affezione cancerosa. L'influenza del sarcocele sulla costituzione non si manifesta sempre all' istess'epoca della malattia. Ora questa influenza ha luogo prima dell' apparizione dei sintomi, che annunziano la degenerazione cancerosa del tumore, ora non comincia che allorquando questa degenerazione è di già molto avanzata, e che il tumore è esulcerato.

Non è raro di vedere l'affezione scirrosa del testicolo produrre un' ammasso di sierosità nella tunica vaginale. Le affezioni analoghe, che si sviluppano nelle viscere addominali determinano anch'esse frequentissimamente, come ognun sa, un'ascite sintomatico. Questa complicanza dello scirro del testicolo ha fatto dare a questa malattia il nome d'idrosarcocele. Allorchè la raccolta del siere è considerabile, se si esamina il tumore dello scroto nella sua parte anteriore, può accadere che si prenda per un idrocele, ma si evita quasi sempre questo sbaglio esaminandolo per la parte posteriore. L' aderenza del testicolo in questo luogo, permette sempre di riconoscere il suo aumento di volume, la sua durezza e ineguaglianza della sua superficie: accade di sovente ancora che comprimendo il tumore di davanti in dietro, si rimuove la sierosità, che si porta a destra ed a sinistra, e così si viene a distinguere lo scirro del testicolo. In tutti i casi poi il tumore è molto più peso di quello formato dalla semplice idrocele. Finalmente, se rimanesse ancora qualche dubbio sulla diagnosi, si potrebbe dare esito con precauzione al siere, a fine di poter meglio distinguere lo stato del testicolo. È accaduto parecchie volte a dei chirurghi di confondere questa idrocele sintomatica con un'idrocele semplice, e d'immergere francamente il trequarti nel tumore, col quale hanno ferito il testicolo, di cui non avevano neppur sospettato l' alterazione, ed hanno così accelerato il corso del sarcocele.

Avvi una varietà di questa malattia, in cui l'alterazione organica del testicolo ha dell' analogia con quella che si riscontra così frequentemente nell' ovaia: delle pareti membranose lo dividono in parecchie logge, in alcuna delle quali sono contenuti dei liquidi di differente consistenza come del siere, del pus, del sangue, una specie di mucco denso e glutinoso ec. In alcuni casi questi liquidi situati presso la superficie del tumore, e ricoperti solamente dalla membrana albuginea e dagl' involucri ordinari del testicolo, presentano della fluttuazione, e possono far supporre l'esistenza di un'ascesso. Questo errore è stato più volte commesso in detrimento del malato; il chirurgo è rimasto sorpreso della piccola quantità di liquido che ne usciva, e del volume che conservava il tumore dopo essere stato aperto; i sintomi locali e generali si sono esacerbati; un'ulcera di cattiva natura si è stabilita

nel luogo dell'incisione, sovente i suoi bordi si sono rovesciati, e n'è uscito fuori un dolentissimo fungo. I malati sono periti in preda ai più violenti spasimi, e in uno spazio di tempo estremamente più corto di quello, che sarebbe trascorso, se la malattia non fosse stata aggravata da una cura nociva.

L'alterazioni, che il sarcocele induce nella sostanza del testicolo sono numerose e variate, e non si possono precisamente conoscere che mediante l'esame anatomico di quest'organo. Quando si anatomizza un sarcocele dopo averlo estirpato, o aprendo il cadavere di un individuo morto di questa malattia, si scoprono i diversi cambiamenti, che ha subito la sostanza del testicolo. La tunica vaginale ora è contigua, ora aderente in parte o in totalità alla membrana albuginea: nel primo caso si trova talvolta una quantità più o meno grande di siere stravasato fra queste due membrane. Il più di sovente le sostanze del testicolo e dell'epididimo sono trasformate in una materia omogenea, bianco grigiastra, nella quale non si scorge alcun vestigio di organizzazione, e che talora è divisa in più lobi. Questa materia, che è stata chiamata *scirrosa*, è più o meno consistente, ma essa non offre giammai la stessa durezza di quella del cancro delle mammelle. Contiene talvolta parecchie logge o cavità, ripiene di un liquido sanioso, di cui varia moltissimo il colore e la consistenza. Altre volte vi si trova una sostanza cartilaginosa, e anche ossea. In certi sarcoceli, il testicolo è convertito in totalità, o in parte in una sostanza molle polposa, che ha della somiglianza colla sostanza midollare del cervello, per cui è stata chiamata sostanza *cerebriforme*. La consistenza e il colore di questa sostanza variano molto. Si vedono dei sarcoceli, nei quali il testicolo è cambiato in una materia nerastra, o rossastra omogenea, e non conserva alcun vestigio della primitiva organizzazione. Noi abbiamo parlato di sopra di un sarcocele che è intieramente formato da una materia rossastra, molle, simile alla conserva di ribes. Finalmente vi sono dei sarcoceli, nei quali si trovano tutti i tessuti morbosi, o accidentali che possono formarsi nella economia animale; ma fra questi tessuti, ve ne sono due, che vi si ritrovano costantemente: questi sono quelli, che sembrano appartenere specialmente alle affezioni cancerose; cioè, lo *scirro* propriamente detto, e la materia *encefaloidea*, o *cerebriforme*: gli altri tessuti morbosi non ci s' incontrano che accidentalmente. Allorchè il cordone spermatico partecipa dell'affezione cancerosa del testicolo, la sua sostanza subisce le stesse alterazioni di quella di quest'organo. All'apertura del cadavere degli uomini, che il sarcocele ha uccisi, si trova ordinariamente nelle diverse regioni dell'addome dei tumori della stessa natura di quella del testicolo.

La diagnosi del sarcocele presenta raramente della difficoltà. Si distingue facilmente dagli altri tumori delle borse, facendo attenzione al modo, con cui si forma, e paragonandone i propri sintomi con quelli, che appartengono agli altri tumori dello scroto, come l'idrocele, l'ematocele, l'oscheocele ec. Ciò nondimeno avvi un caso nel quale la diagnosi può divenire molto oscura, ed è quando nell'idrocele della tunica vaginale, questa membrana è divenuta molto grossa, e che il fluido che racchiude è denso e nerastro. In questa circostanza il tumore non essendo nè trasparente, nè fluttuante, è presentando una durezza uguale per tutto, vi può nascere del dubbio sulla sua natura, ma si dissipa ogni incertezza praticando la punzione.

Se egli è facile, in generale, di distinguere il sarcocele dagli altri tumori dello scroto, non si può per altro determinare con altrettanta facilità se un tumore del testicolo è un sarcocele, o un semplice indurimento cronico. Sarebbe importantissimo per il prognostico e per la cura di poter distinguere a *priori* l'una dall'altra queste due specie di tumori, ma disgraziatamente questo è impossibile quando la malattia non è ancora pervenuta a quel grado, in cui i sintomi locali e generali non lasciano più alcun dubbio intorno la sua natura cancerosa. La verità di questa asserzione è provata dai fatti: si sono veduti dei tumori del testicolo, che non si credevano cancerosi, riprodursi come il vero cancro, mentre altri, che si credevano positivamente cancerosi, sono stati guariti, senza recidiva, per mezzo dell'operazione.

Questi fatti fanno conoscere quanto è

infelice il pronostico del sarcocele. Questo cancro come quello degli altri organi, abbandonato a se stesso, fa perire infallibilmente il malato, e se si estirpa, si riproduce sotto un' altra forma, e uccide ugualmente. Se fosse possibile di distinguere il sarcocele dagli altri indurimenti cronici del testicolo, il pronostico non offrirebbe veruna incertezza; ma, conforme abbiamo poco fa detto, la cosa è impossibile finchè la malattia non è pervenuta a quel grado, da esserne posta in chiaro la natura dai sintomi locali, e generali. Accade sovente di credere benigni dei tumori del testicolo, che sono veri cancri, come la recidiva della malattia non tarda a dimostrarlo qualche tempo dopo l' operazione, mentre che altre volte si riguardano come cancri di quest' organo dei tumori, che sotto l' aspetto di un vero cancro, ne differiscono essenzialmente, mentre l'estirpazione ne libera il malato per sempre.

In generale il prognostico del sarcocele è meno sinistro allorchè il tumore è recente, indolente, e che si è dichiarato in conseguenza di un colpo, o di tutt' altra causa esterna; quando il cordone spermatico è sano, e che la più accurata esplorazione del ventre non ci scopre alcuna traccia di tumore o d' ingorgo, e che il malato non soffre alcun dolore nella regione lombare, nè i sintomi, che caratterizzano la diatesi cancerosa. Le circostanze contrarie rendono il pronostico gravissimo. Allorchè la maggior parte di queste circostanze si trovano riunite, il malato è assolutamente incurabile.

La cura del sarcocele consiste nell' estirpazione del tumore, purchè niente controindichi questa operazione. Si è consigliato di ricorrere ai moderati salassi, quando sono indicati, agli alimenti di facil digestione, alle bevande temperanti, ai blandi lassativi, ai topici risolventi e fondenti, alle preparazioni mercuriali ec. Questi mezzi possono essere usati allorchè rimane qualche incertezza sulla diagnosi nel sarcocele incipiente; ma quando si mostra con tutti i suoi segni certi, sarebbe dannoso il limitarsi all' uso di questi rimedi così poco efficaci, e a differire un' operazione, che offre tanto maggiori speranze, quanto più uno si affretta a praticarla, e la quale, lungi dall' essere utile quando vi si ricorre troppo tardi, non fa altro anzi che accelerare i progressi della malattia e la morte del malato. Ma prima d' intraprendere questa operazione, è della più alta importanza di conoscere le circostanze, che la renderebbero inutile e anche pericolosa, e che devono per conseguenza impedire di tentarla.

Sia qualunque il grado, a cui sia giunta l' alterazione del testicolo, essa non oppone alcun' ostacolo all' operazione: il volume di quest' organo, la sua durezza, i dolori, di cui è la sede, la sua stessa esulcerazione non impediscono di praticarla. Ma possono però escluderla lo stato del cordone spermatico, dell' abdome, e l' abitudine generale del malato.

Tutte le volte che il cordone spermatico è scirroso fino all' anello inguinale, bisogna astenersi da un' operazione, che non estirperebbe che una sola parte del male. È stato proposto in questo caso d' incidere l' anello, di seguire il cordone nel ventre per farne l' allacciatura al di sopra della parte malata. Ma qual sarebbe il chirurgo prudente e giudizioso, che oserebbe intraprendere una tale operazione? Le Dran l' ha praticata una volta. Dopo avere inciso l' anello e i muscoli del basso ventre lungo il cordone, allacciò quest' ultimo all' altezza della cresta degli ossi degli ilei, dove terminava la durezza del cordone. Il malato fu salassato due volte nel giorno dell'operazione, e lo fu ancora nella notte; ma ciò nondimeno l'infiltrazione si estese al ventre, il malato vi accusò dei vivi dolori, e morì nel sesto giorno. All' apertura del suo corpo, fu trovata una tumefazione infiammatoria in tutto l' abdome, e i vasi spermatici varicosi al disopra dell' allacciatura, ma senza alcuna durezza. L' ingorgo scirroso del cordone spermatico, che si estende fino all' anello inguinale esclude dunque formalmente l' operazione della castrazione; ma non bisogna per altro confondere questo stato scirroso del cordone colla tumefazione varicosa, l'edema, e l' idrocele cistica, di cui talvolta è la sede.

La dilatazione varicosa delle vene spermatiche può esistere prima del sarcocele, e formarsi nello stesso tempo. Si distingue dallo scirro del cordone dai seguenti segni: il cordone scirroso è non solamente tumefatto, ma è ancora inuguale,

duro e nodoso; tutte le parti, che concorrono a formarlo sono collegate fra loro, e non possono distinguersi colla esplorazione e col tatto; la pressione è dolorosa; gl'inguini e i lombi sono la sede dei dolori abituali; il cordone spermatico non gode di alcuna mobilità nell'inguine, e si passa difficilmente il dito attorno di esso. Nel caso, al contrario, in cui il cordone spermatico è semplicemente varicoso, i vasi quantunque tumefatti a un grado considerabile, sono nondimeno molli, cedevoli e compressibili: il cordone non è aderente all'anello; si distinguono facilmente coll' esplorazione le diverse parti, che lo compongono, e il malato non sente dolore comprimendolo.

L'edema del tessuto cellulare, che entra nella composizione del cordone spermatico, ne aumenta considerabilmente il volume, e può far credere all'esistenza di uno scirro in questa parte. Ma è facile di evitare quest'errore, esaminando attentamente il cordone. L'edema sparisce poco a poco sotto la pressione delle dita, e permette di riconoscere lo stato, in cui si trovano i vasi, che formano il cordone. Se il volume, e la consistenza di questi vasi non sono alterati, l'ingorgo del cordone non contrindica l'operazione. Se, al contrario, dopo avere ceduto il cordone alla pressione delle dita, sembra ancora formare una massa dura, resistente, nodosa, e dolente al tatto, è certa allora la degenerazione scirrosa di questa parte, e l'inutilità della castrazione.

La raccolta del siere in un sacco, che si estende lungo il cordone, può ancora talvolta imporne per una propagazione del cancro del testicolo al cordone spermatico: Pott (1) ha osservato due esempi di questo genere. Esplorando diligentemente il cordone, vi distinse la fluttuazione: fece una puntura, per cui diede esito al fluido stravasato, e conobbe che il cordone era sano; onde procedè subito all'operazione, che ebbe un pieno successo. Nei casi incerti questa puntura può esser fatta, quantunque sia nociva, senza dubbio, se la castrazione è impraticabile: ma nella supposizione contraria, ci può far conoscere la possibilità di questa ultima risorsa.

L'aumento di volume del cordone spermatico dipende talvolta da una piccola ernia intestinale, di cui il malato ignora l'esistenza, o della quale trascura di parlare al suo chirurgo, perchè non gli cagiona alcun'incomodo. Si giudica che il volume del cordone dipende da questa causa, stante la sua diminuzione, riponendo l'ernia. In questo caso, se si procede all'operazione, prima di praticarla, bisogna ridurre l'ernia, senza di che uno si esporrebbe a ferire l'intestino, come è accaduto talvolta.

Nell'esaminare il cordone spermatico, si deve fare una particolare attenzione allo stato del canale deferente. Qualche volta questo canale è molto più grosso, che nel suo stato naturale, mentre il cordone è d'altronde sano. Questo stato del canale deferente non forma una precisa contrindicazione all'operazione; ma ci deve far temere la recidiva della malattia. Io ho osservato, infatti, che tutti i malati, nei quali ho trovato questo canale gonfiato, aumentato il suo diametro e ripieno di una materia biancastra, sono morti più presto o più tardi dopo l'operazione, con dei tumori cancerosi nell'abdome.

Prima di decidersi a praticare l'estirpazione di un sarcocele, si deve palpare diligentemente l'abdome, a fine di assicurarsi dello stato delle parti, che vi sono contenute. Se vi si riconosce qualche tumore, sia qualunque il luogo, che occupa, vi è tutto il fondamento di crederlo di natura cancerosa, e la castrazione in tali casi non offre niuna speranza di successo. Si potrebbero allora tutt'al più impiegare i mezzi propri a risolvere il tumore abdominale; e nella supposizione che si ottenesse questo risultamento, sarebbe permesso di tentare in seguito l'estirpazione del testicolo, purchè non venisse contrindicata da alcuna altra circostanza.

Finalmente, in alcuni casi, la cachessia cancerosa è già stabilita; e quantunque il cordone sia sano, e che il bassoventre sembri tale, conviene astenersi dall' operare.

Allorchè si è conosciuto che l' operazione è praticabile, è importante di non differirla. Se lo stato del malato non pre-

(1) *Tratt. dell' idrocele oss.* 49. e 50.

senta alcuna indicazione particolare da doversi soddisfare, vi si prepara con dei rimedi generali usati in simili casi.

L' apparecchio necessario per questa operazione si compone di un bisturino convesso nel tagliente, di un bisturino retto, di una pinzetta da dissezione, di un' ago curvo, di fili incerati, di strisce di cerotto agglutinativo, di una pezzetta di tela fine per coprire la piaga immediatamente dopo l' operazione, di una gran quantità di fila, di compresse più lunghe che larghe, di una fascia arrotolata lunga dieci o dodici braccia, e larga tre dita traverse. Ecco il modo con cui si procede all' operazione.

Il malato può essere operato nel suo letto; ma è meglio di situarlo sopra una tavola alta convenientemente, corredata di una materassa, o sopra un letto di cigne guarnito di un numero di materasse sufficienti per elevarlo all' altezza necessaria, affinchè l' operatore non sia obbligato di stare troppo piegato in avanti, mentre questa posizione sarebbe per esso scomodissima, specialmente in una operazione che è assai lunga. Rasata la parte, si fa situare il malato sulla sponda destra della tavola o del letto di cigne, sia il destro, o il sinistro testicolo, che si tratti di estirpare. L' operatore si situa sempre a destra del malato, di cui si fanno tenere ferme le mani e le coscie da assistenti. Allorchè la pelle, che copre il tumore è sana, e può essere conservata intieramente, s' incide da un mezzo pollice in circa al di sopra dell'anello inguinale, fino alla parte più bassa del tumore. Se l' incisione non oltrepassasse l' anello, non si opererebbe così facilmente sul cordone, e si troverebbe nascosto sotto i tegumenti, e se non si estendesse fino alla parte più bassa del tumore, rimarrebbe nella parte inferiore dello scroto una specie di cul di sacco, in cui ristagnerebbe la marcia, e ritarderebbe la guarigione della piaga. La parte di questa incisione, che corrisponde al cordone, dev' essere ad esso parallela; quella, che corrisponde al tumore deve cadere sulla sua parte media. Per fare questa incisione, la maggior parte dei pratici sollevano i tegumenti, che coprono la parte media del tumore, col pollice e il dito indice di ambedue le mani in modo, da farli fare una piega trasversale, che fanno tenere da una parte da un' assistente, situato a sinistra del malato, e la tengono essi stessi dall' altra; quindi la incidono fino alla sua base. Ma siccome la sezione di questa piega non offre un' incisione assai estesa per scoprire tutto il tumore e il cordone, la prolungano in alto e in basso fino al grado di estensione necessaria. Questa piega dei tegumenti è inutile, e rende l' operazione più lunga. È molto più semplice di tendere la pelle trasversalmente col pollice e coll' indice della mano sinistra, e di tagliarla di un sol colpo col bisturino convesso, tenuto colla mano destra come per tagliare dall' infuori al di dentro. Allorchè la pelle è esulcerata o assottigliata, molto aderente al tumore, e di un colore particolare, bisogna asportare insieme col tumore tutta la porzione alterata di questa membrana. Bisogna parimente portar via una porzione della pelle, che ricopre il tumore, allorchè questo è molto voluminoso, perchè in tal caso la troppo grande estensione dello scroto, renderebbe la guarigione della piaga lunga e difficile. Perciò fare, s'incide da primo i tegumenti, che coprono il cordone parallelamente alla direzione del medesimo; di poi si fanno due incisioni semiellittiche, le quali riguardandosi per la loro concavità, e riunendosi per le loro estremità, circoscrivono un lembo, che sarà asportato col tumore, senza staccarnelo. Le arterie pudende esterne, che si trovano sempre comprese nell' incisione della pelle, devono essere subito allacciate dopo recise. Quando la pelle è incisa nella conveniente estensione, si separa dal tumore, recidendo col bisturino il tessuto cellulare, che gli unisce insieme. Si facilita questa dissezione tenendo e tirando da se, o facendo sostenere e tirare da un' assistente ora la pelle, ora il tumore, secondo la parte, su cui si agisce. Questa dissezione deve essere fatta a gran colpi di bisturino, affinchè l' operazione non duri che il minor tempo possibile ma bisogna procurare di non interessare nel taglio nè la pelle, nè l' uretra, nè i corpi cavernosi, con i quali il tumore è più, o meno strettamente unito, quando è molto voluminoso. Si deve parimente procurare di non ferire il testicolo sano, che un' assistente deve tenere lontano dal tumore.

Tutte le arterie che si trovano interessate in questa dissezione, devono essere allacciate tosto, che sono state recise.

Allorchè il tumore è intieramente separato dalla pelle, s' isola il cordone spermatico, tagliando il tessuto cellulare, che l' unisce alle parti vicine. S' incarica un' aiuto di sollevare e di sostenere il tumore, affinchè il cordone non sia teso; si prende col pollice e l' indice della mano sinistra, e si taglia al disotto del luogo, ov' è stato afferrato, con un bisturino retto, diretto davanti indietro, o di dietro in avanti. Le cisoie, di cui si servono alcuni chirurghi per tagliare il cordone, non agiscono, che comprimendo, e cagionano molto più dolore del bisturino. Quando il cordone è assai lungo da potere essere preso col pollice e coll' indice, e che si ha attenzione di metterlo in uno stato di rilasciamento col far sollevare il tumore, la sua retrazione non è da temersi, e non potrebbe succedere se non allorquando il cordone fosse teso, e tanto corto, da non potere essere afferrato. In tal caso bisognerebbe condursi come noi diremo parlando dell' estirpazione del testicolo rimasto nell' inguine, e divenuto scirroso.

Il cordone essendo reciso si allacciano separatamente l' una dopo l' altra tutte le arterie, che esso contiene, afferrandole con una pinzetta da dissezione: ce n'è una piccolissima, aderente al canale deferente, che non bisogna trascurare di allacciare. Se gli orifizi delle arterie non fossero apparenti, si rallenta la compressione esercitata sul cordone col pollice e coll' indice, a fine di lasciare stillare il sangue, e di mettere in evidenza i vasi, da cui sgorga.

Dopo l' allacciatura delle arterie del cordone, si esamina diligentemente tutta la superficie della piaga, e se si scopre qualche piccola arteria, che versi del sangue, si allaccia. Si riuniscono poi tutti i fili delle allacciature, e si inviluppano in una pezzetta di tela, per isolarli dal resto dell' apparecchio, e si situano nell' angolo superiore della piaga, la quale si riempie di fila, dopo averla coperta con una pezzetta di finissima tela, a fine d' impedire che le fila non si attacchino alla sua superficie. Si riempie ancora lo spazio compreso fra la parte interna della coscia e lo scroto da ambedue i lati; si mettono delle lunghe compresse sulle fila, e si tiene il tutto in sito per mezzo di una fascia, disposta in modo di spiga dell' inguine.

Alcuni chirurghi, invece di riempiere la piaga con delle fila, ne ravvicinano le labbra, e le tengono riunite per mezzo di striscie di cerotto agglutinativo. Questa maniera di medicare, che ha per oggetto la riunione immediata della piaga, e di prevenire per conseguenza la suppurazione, sembra a prima vista meritare la preferenza sull' altro metodo, che abbiamo descritto; ma per poco che si refletta sulla disposizione naturale delle parti, si rimarrà convinti del contrario. In fatti questa disposizione è tale, che è quasi impossibile che le labbra della piaga si combacino esattamente, e che siano applicate insieme con tanta forza da impedire che succeda un qualche stravaso di sangue fra loro, e per quanto piccolo esser possa questo stravaso, si oppone alla riunione del fondo della piaga. Io ho medicato più volte la piaga con questo metodo, ed i risultamenti che ne ho ottenuti sono stati molto vari: talvolta la piaga si è riunita completamente all'esterno di modo, che ne sperava una pronta guarigione; ma uno stravaso o un'ascesso si è formato nel suo fondo, e sono stato obbligato d' incidere la cicatrice per dar esito al sangue, o alla marcia stravasata: altre volte una parte della piaga si è riunita esattamente, ma il rimanente ha suppurato, e la guarigione è stata ritardata quasi per lo stesso spazio di tempo, che mette a operarsi quando la piaga è stata coperta di fila. Del rimanente, allorchè si riunisce la piaga per prima intenzione, si deve non solamente servirsi delle striscie di cerotto agglutinativo, ma mettere ancora dei piumaccioli fra le coscie e lo scroto, e dirigere l' applicazione della fascia in modo da tenere assai fortemente le labbra della piaga a perfetto contatto.

La situazione del sarcocele è qualche volta tale, che il chirurgo, che eseguisce la castrazione è obbligato di condursi piuttosto a seconda del suo genio, e delle circostanze che gli si presentano, che dei principj stabiliti. Io non conosco alcun esempio di testicolo, che essendo rimasto nel ventre, sia divenuto canceroso; ma si citano parecchie osservazioni di sarco-

celi situati nell' inguine, sull' anello del muscolo grande obliquo. Ho fatto due volte l'operazione della castrazione in questa circostanza. In tali casi il tumore, che è più o meno voluminoso, è aderente alle parti, sulle quali è situato, per mezzo di una larga base, e non si sente il cordone spermatico. Facendo l'operazione, dopo avere inciso la pelle secondo il più gran diametro del tumore, si mette allo scoperto quest'ultimo, dissecando la pelle fino alla sua base; si separa questa base dalle parti, alle quali è aderente, tagliando a piccoli colpi di bisturino e colla maggiore circospezione, il tessuto cellulare, che forma questa aderenza: si arriva così fino al cordone, e quando si è messo allo scoperto, si precede alla sezione del medesimo; ma siccome è troppo corto per poter prenderlo col pollice e coll'indice, invece di reciderlo in un sol colpo, come nel caso ordinario, bisogna inciderlo a poco alla volta per porzioni, e allacciare le arterie a misura che vengono aperte. Questo metodo è preferibile all'allacciatura dell'intiero cordone, e mette ugualmente al coperto dagl'inconvenienti e dal pericolo, che risulterebbero dalla sua retrazione nell' abdome appena tagliato. È in questa guisa che io mi sono condotto per due volte nel fare questa operazione, e con pieno successo.

In un caso di questa specie, Chopart dopo avere messo intieramente il tumore allo scoperto mediante l' incisione e la dissezione dei tegumenti, situò attorno della sua base un nastrino di filo incerato, a cui fece un doppio nodo, che strinse gradatamente, finchè il malato non ne risentì del dolore. Questa allacciatura risvegliò una forte irritazione, dei vivissimi spasimi, una violenta febbre, e la difficoltà d'orinare. Sette giorni dopo la operazione, Chopart asportò tutta la porzione morta del tumore, il cui centro era caldo, rosso e dolente, e praticò una seconda allacciatura, che risvegliò gl'istessi accidenti della prima. Il duodecimo giorno dopo la caduta di qualche porzione morta del tumore, rimase un peduncolo rosso vivente: le allacciature erano rilasciate, e Chopart ne fece un' altra più stretta, la quale fece passare una cattiva notte al malato, gli cagionò dei dolori lancinanti nell'inguine, e dei dolori nel bacino e verso il sacro. Il giorno dopo, stato migliore del malato. Il quattordicesimo giorno, nissun'accidente: il quindicesimo, nuovo stringimento dell' allacciatura, perchè il peduncolo conservava ancora della vita. Il sedicesimo e diciassettesimo giorno, suppurazione lodevole, che continuò senza accidenti. Il ventunesimo giorno, caduta del peduncolo; la cicatrizzazione incomincia, ed è perfetta il quarantaduesimo giorno. Due anni dopo l' operazione il malato risentì dei dolori profondi e lancinanti nella regione lombare, fu assalito da una febbre lenta, e cadde nel marasmo. Si sentiva, nel palpargli l'abdome, un tumore della grossezza di un pugno, duro, e diretto trasversalmente sulle vertebre lombari. Morì pochi mesi dopo, ridotto come uno scheletro ricoperto della sola pelle, e non fu concessa l'apertura del suo corpo.

In seguito di questa osservazione Chopart aggiunge: « Se mi si presentasse lo stesso caso, staccherei tutte le aderenze della base del sarcocele fino all' anello inguinale, a fine di allacciare immediatamente il cordone spermatico. Dopo di avere serrato moderatamente il laccio e sufficientemente per fissare questo cordone, o per impedire, nel caso che fosse libero senza aderenze attorno dell'anello, la sua retrazione nel ventre, farei l' incisione del tumore al di sotto dell'allacciatura presso del cordone; allaccerei l' arteria spermatica, afferrata con una pinzetta da dissezione, e lascerei l'allacciatura, che stringerebbe il cordone finchè non vi fosse più luogo a temere la emorragia da questa arteria. « Se si paragona il metodo consigliato da Chopart, con quello da me seguito nei due casi citati di sopra, uno si convincerà facilmente, mi dò a credere, che quest' ultimo merita la preferenza; e le ragioni mi sembrano tanto palpabili, che mi credo dispensato dall' esporle in dettaglio.

L'operazione della castrazione, in ciò, che ha rapporto alla sezione del cordone, e ai mezzi propri per arrestare l'emorragia delle arterie spermatiche, ha sofferto molte variazioni. Parecchi autori consigliano di tagliare il cordone spermatico prima d'isolare il tumore, mediante la dissezione del tessuto cellulare, che l'unisce colla pelle. Essi credono che essendo tagliato il cordone, il rimanente dell'operazione è più facile e meno do-

loroso. Ma non si comprende come la dissezione del tumore possa essere più facile dopo la recisione del cordone, che avanti, essendo il tumore ancora sospeso: non bisogna egli tanto nel primo caso, che nel secondo separare la pelle dal sarcocele, tagliando il tessuto cellulare, che gli unisce? Riguardo poi al dolore, risultante da questa dissezione, è lo stesso, o si tagli il cordone prima di spogliare il tumore dei tegumenti che lo ricoprono, o dopo di averlo intieramente isolato. In fatti la sezione dei nervi spermatici non influisce altro che sulla sensibilità del testicolo, o non diminuisce per niente quella degl'involucri di quest'organo: questa sezione non può dunque impedire i dolori che resultano necessariamente dalla divisione dei filetti nervosi, che si distribuiscono nel tessuto cellulare delle borse. Per conseguenza la sezione del cordone, prima di avere isolato il tumore, non offre alcun vantaggio; ma può bensì rendere l'operazione più difficile, allorchè il sarcocele è molto voluminoso, e che il cordone è cortissimo.

Tra i mezzi, dei quali possiamo servirci per arrestare l'emorragia dell'arteria spermatica, l'allacciatura è quello che è stato generalmente usato; ma non è sempre stata praticata nella stessa maniera. La maggior parte degli autori consigliano di comprendere tutto il cordone con un laccio, composto di più fili uniti insieme, e incerati, che si stringe su di un'interposta compressa, o anche immediatamente sul cordone medesimo; si taglia poscia quest'ultimo a un mezzo pollice, o tre linee al di sotto del laccio, secondo come permette lo stato del cordone e del testicolo. Alcuni vogliono che, dopo avere scoperto il cordone mediante l'incisione della pelle, che lo copre, e dopo averlo disimpegnato da una parte e dall'altra, tagliando il tessuto cellulare, che lo circonda, si passi dietro di esso, a traverso le lamine membranose, che l'uniscono alle sottoposte parti, un'ago curvo infilato col preparato laccio, il quale dopo essere stato ben serrato, insegnano di procedere alla sezione del cordone, e poi del tumore. Altri consigliano di dissecare prima il tumore, e quando non conserva più altra connessione che col solo cordone, vogliono che se ne faccia l'allacciatura nel modo stesso, che si allaccia il cordone umbilicale.

Altri ancora insegnano che prima di passare il laccio coll'ago, si separino col pollice e coll'indice i vasi sanguigni dai nervi del cordone spermatico e del canale deferente, a fine di non comprendere che i primi soli nell'allacciatura. Ma questi nervi sono così fini e talmente intralciati e confusi con i vasi, che il chirurgo non può giammai ripromettersi di separarli tutti. Riguardo poi al condotto deferente, sarebbe più facile di riconoscerlo e d'isolarlo, ma non si comprende a cosa ciò possa servire, poichè questo condotto è poco sensibile, e il testicolo dev'essere estirpato.

Altri finalmente, nell'intenzione di rendere più sicura l'allacciatura, propongono di passare l'ago a traverso del cordone, di dividere il laccio in due capi e di fare un'allacciatura da ciascun lato, ma facendo così uno si espone a ferire l'arteria.

In qualunque modo si passi il laccio attorno del cordone spermatico per allacciarlo in totalità, quest'allacciatura dà luogo talvolta a dei gravi accidenti, come a dei vivissimi dolori, che si propagano alla regione lombare, alla tumefazione del ventre, alle nausee, al singhiozzo, alle convulsioni, ed anche al tetano, il quale fa quasi sempre perire il malato in pochi giorni. Ma questi accidenti sopraggiungono ben di rado, e specialmente il tetano; e quando questo si dichiara, è probabilissimo che dipenda da una causa estranea all'allacciatura del cordone; come sembra almeno potersene inferire da un caso, citato da Morand, (1) in cui il tetano non sopraggiunse che dopo la caduta del laccio. Mi è accaduto parecchie volte di comprendere tutto il cordone in una sola allacciatura, perchè le arterie, che conteneva erano così numerose, e talmente infossate nel suo centro, che era impossibile di prenderle, e di allacciarle separatamente: i malati non ne hanno sofferto alcun' accidente; in due solamente si è formato nel tessuto cellulare del cordone, al di sopra dell'anello inguinale un piccolo ascesso, che

(1) *Opus. di chir. 2 parte pag.* 173.

si è aperto spontaneamente nella parte superiore della piaga in uno di questi malati, e nell'altro è convenuto farne l'apertura. Ciononostante, siccome da un canto è certo che l'allacciatura della totalità del cordone spermatico ha prodotto talvolta dei gravi accidenti, che sono cessati in alcuni casi rilasciando, o tagliando il laccio; e che dall'altro canto, l'allacciatura immediata di ciascun'arteria del cordone non ha mai avuto conseguenze sinistre, noi concludiamo che l'allacciatura dev'essere sempre fatta in quest'ultimo modo, e che non dobbiamo determinarci a comprendervi l'intiero cordone, se non quando le arterie, che esso contiene sono così nascoste e infossate nel suo centro, che si rende impossibile di prenderle e di tirarle fuori per allacciarle separatamente, ed in tal caso l'allacciatura dev'essere fatta immediatamente sul cordone, senza l'interposizione di alcun corpo, e stretta sufficientemente da escludere il timore dell'emorragia, allorchè il filo avrà reciso la guaina cellulosa del cordone.

Il timore degli accidenti, che talvolta resultano dall'allacciatura del cordone spermatico, ha impegnato i pratici a ricorrere ad altri mezzi, a fine di prevenire l'emorragia dell'arteria spermatica. Le Dran, nel suo trattato delle operazioni pag. 139. consiglia di stringere e di ammaccare fra le dita i vasi spermatici, e di recidere il cordone un poco sotto il luogo, ove si è ammaccato. Ma non si comprende qual sicurezza potrebbe acquistarsi con questo metodo, e sembra che lo stesso Le Dran non ci avesse molta fiducia, mentre consiglia di passare un filo al di sotto del cordone, e di lasciarvelo, a fine di fare l'allacciatura in caso, che divenisse necessaria. G. L. Petit avendo osservato che l'allacciatura del cordone spermatico produce talvolta gravi accidenti, ci aveva rinunziato: « io mi contento, dic'egli, di tagliare il cordone un poco più lungo del consueto, senza allacciarlo; l'applico sull'osso del pube presso l'anello dell'obliquo esterno; vi pongo sopra una compressa di tela di lino della grossezza di un dito, e lunga due pollici, larga quanto basta solamente per coprire il cordone, poichè è necessario che entri tutta intiera nella piaga, su questa compressa ci metto degli stuelli, e guarnisco lo scroto di fila, e poi copro tutto questo apparecchio con delle compresse, procurando di metterne una più grossa dell'altre sul pube, corrispondente a quella, che ho posta sul cordone, affinchè la fascia eserciti su di essa una moderata compressione, ma capace però di arrestare il sangue. Questo metodo ha avuto un felice successo. « (1) Pouteau, per rendere la compressione più sicura, vuole che si rovesci il cordone di basso in alto, facendo fare un angolo all'arteria spermatica; quando il cordone è stato tagliato, rimane raramente assai lungo per poterlo rovesciare in tal modo. Al presente la compressione è stata generalmente abbandonata, e tutti i pratici preferiscono l'allacciatura immediata delle arterie spermatiche, o dell'intiero cordone, allorchè è impossibile di prendere le arterie e di allacciarle isolatamente.

Allorchè l' operazione della castrazione è terminata, si trasporta il malato nel suo letto, ove deve rimanere coricato sul dorso, colla testa e il petto alquanto sollevati, colle cosce e le gambe stese, o alzate, secondo che gli parrà di star più comodo o nell' una, o nell' altra di queste posizioni; ma quando egli preferisce di tenere le membra inferiori nella flessione, gli si rende più comoda questa posizione, mettendogli un guanciale rotondo sotto le ginocchia. Si tiene a stretta dieta, e gli si prescrive una bevanda diluente e rinfrescante, e una pozione antispasmodica, in cui si fa entrare un'oncia di siroppo diacodio, o da venti alle venticinque goccie di tintura d' oppio di Rousseau, e gli si fa prendere una cucchiajata di questa pozione ogni due ore. Il dolore, che rimane dopo l' operazione diminuisce poco a poco, cessa intieramente verso la sera, e comunemente il malato riposa assai bene nella notte. Il giorno dopo o il secondo, il polso si rialza un poco, ma raramente avvi una febbre ben decisa. Non si toglie l' apparecchio che il quarto o il quinto giorno dopo l' operazione. Se si è avuta la precauzione di coprire la piaga con una pezzetta di tela fine, conforme noi abbiamo raccomandato, nella prima medicatura si

(1) *Tratt. delle malat. chir. tom. 2 pag.* 526.

toglie facilmente senza dolore tutto l'apparecchio: nel caso contrario, non si sbarazza totalmente la piaga delle fila, che vi restano aderenti, che verso l' ottavo o il decimo giorno. Quando si toglie l' apparecchio, si trova il cordone spermatico ingorgato e che forma un tumore, che potrebbe dare della inquietudine alle persone, che non fossero prevenute di questa circostanza. Questo tumore, che in generale è più voluminoso allorchè è stato allacciato il cordone in totalità, sparisce poco a poco, e non tarda a mettersi a livello della piaga. La prima medicatura e le seguenti devono essere fatte con fila asciutte, ma si deve sostituire alla spiga dell' inguine, divenuta allora inutile, la fasciatura, chiamata triangolare dell' inguine, la cui applicazione è più facile e più comoda per il malato e per il chirurgo. Oltre questa fascia, si deve porre sotto lo scroto per tenerlo sollevato, la parte media di una compressa più lunga che larga, di cui si fissano l' estremità con degli spilli alla parte della fascia triangolare, che cinge il corpo. Le allacciature cadono ordinariamente dall' ottavo al duodecimo giorno. Se la loro caduta si ritardasse di troppo, converrebbe torcere i fili in ciascuna medicatura, ma giammai in modo da risvegliare del dolore. Nella maggior parte dei casi, la piaga guarisce completamente in trentasei o quaranta giorni. Alcune volte però la guarigione si fa desiderare per più lungo tempo, e ciò succede specialmente quando lo scroto è molto ampio, perchè allora la pelle si rovescia e si ravvolge, per così dire, su se stessa da ambedue le parti, e la piaga si trova situata nel fondo come di una specie di doccia, ciò che ne rende la cicatrizzazione più lunga e difficile.

La castrazione è una di quelle grandi operazioni della chirurgia, che espongono poco la vita del malato, e che riescono meglio: ciò nondimeno è accompagnata talvolta da accidenti gravi, e anche mortali.

Un' emorragia più o meno abbondante può sopraggiungere parecchie ore dopo l' operazione. Succede specialmente allorquando non si allacciano i vasi di mano in mano, che si recidono. Lo stato di spasmo, in cui è il malato durante l'operazione, sospende l' emorragia, e quando il tumore è estirpato, non si vedono più questi vasi, e quindi è che non è più possibile di allacciarli; si procura di riempire la piaga di fila, e vi si esercita sopra una compressione più forte dell' ordinario: ma frattanto alcune ore dopo l' operazione lo spasmo cessa, la circolazione si ristabilisce, e allora le arterie che non sono state allacciate, versano del sangue, di cui ben presto s' imbeve l'apparecchio, e si sparge per il letto. Non si deve esitare, quando l' emorragia continua, a togliere l' apparecchio e ad esaminare la superficie della piaga, onde allacciare tutti i vasi, dai quali si vede sgorgare il sangue. Questa emorragia è meno allarmante per la quantità del sangue, che perde il malato, che per lo sconcerto morale, che gli cagiona, e per i dolori che egli soffre nel rimuovere l' apparecchio, nell' allacciare i vasi, e nella nuova medicatura. Si è sempre sicuri di prevenirla allacciando i vasi a misura, che restano divisi, senza trascurare le più piccole arterie, dalle quali si vede uscire il sangue, dopo che si è ben nettata la superficie della piaga con una spugna fine.

Ho veduto sopraggiungere talvolta, dietro l' operazione della castrazione, una intensissima infiammazione nello scroto, nel cordone spermatico e nelle parti contigue. Contro questo accidente si usano gli antiflogistici locali e generali, e talora giovano, e talora l'infiammazione passa alla gangrena, o pure si forma un vasto focolare purulento, che bisogna aprire col bisturino.

L' infiammazione del peritoneo è un'accidente, che viene talvolta in seguito della castrazione, ma è per altro rarissimo. Io non ho osservato quest' accidente che una sola volta, e fece perire il malato, malgrado i salassi dal braccio, l' applicazione di un gran numero di mignatte al bassoventre, e tutti i rimedi soliti a usarsi nella peritonite.

Di tutti gli accidenti, che possono manifestarsi dopo l' estirpazione del sarcocele, il tetano è il più formidabile. N'è stata attribuita la causa all' allacciatura del cordone spermatico, ma non è certo conforme abbiamo detto poco fa, che dipenda da questa sola causa. Ma qualunque essa sia, il tetano fa quasi sempre perire il malato.

Ciò, che noi abbiamo detto intorno la recidiva della malattia dopo l' estirpazione o l' amputazione di un cancro delle mammelle, si applica quasi senza alcuna restrizione, anche al sarcocele o cancro del testicolo. L' esperienza ha dimostrato che il più di sovente, dopo l' estirpazione del sarcocele, la malattia comparisce di nuovo più presto o più tardi, o nella porzione del cordone spermatico, che si trova immediatamente al di sopra della cicatrice, o in un punto più lontano dell' abdome; ed in tali casi suol' essere ordinariamente più violenta, e il suo corso è molto più rapido, che in quei malati di sarcocele, i quali non si sono mai sottoposti all' operazione. Ciò, che avvi di rimarcabile in queste recidive si è che giammai, o almeno quasi mai la malattia attacca l' altro testicolo. Frattanto si citano molti esempi di tumori dei testicoli giudicati sarcoceli o cancri, i quali sono radicalmente guariti coll' operazione; ma è molto probabile che questi tumori non fossero veri sarcoceli, di cui non avevano che le apparenze, e non erano dipendenti da vizio canceroso.

La conseguenza naturale di tutto ciò, che ho fin quì detto è, che non si deve giammai intraprendere l' estirpazione di un tumore del testicolo, riconosciuto per un vero cancro; ma siccome è impossibile, prima che si manifestino i sintomi della diatesi cancerosa, di giudicare se un tumore del testicolo è un vero cancro, o semplicemente un tumore, che ne simula l' apparenze, accade sovente che si estirpano dei tumori, che sotto l'aspetto della maggior benignità, sono veri cancri, come non tarda a dimostrarlo la recidiva della malattia, mentre è molto più raro che si estirpino dei tumori, i quali sotto l' aspetto di un cancro, ne sono ben differenti, poichè l' operazione ne libera per sempre il malato. Malgrado la diversità di questi risultamenti non è però meno conforme alla ragione e all' esperienza di estirpare tutti i tumori del testicolo, che hanno l' apparenza del sarcocele, allorchè non sono accompagnati da alcuna di quelle circostanze, che ne contrindicano l' operazione, delle quali abbiamo parlato di sopra.

L' esame anatomico del tumore dopo l' operazione, può somministrare dei dati sulle probabilità della recidiva della malattia. L' esperienza ha insegnato che questa recidiva è quasi sicura, allorchè il tumore è formato da materia *scirrosa*, e specialmente da materia *encefaloide*, o *cerebriforme*. Noi abbiamo osservato che in tutti quei casi, nei quali abbiamo trovato il canale deferente molto più grosso del naturale, la sua cavità ampliata, e piena di una materia biancastra e come steatomatosa, la malattia è recidivata.

L' epoca, in cui questa malattia si riproduce, varia molto; noi abbiamo visto dei malati, nei quali questa recidiva ha avuto luogo prima della guarigione della piaga, risultante dall' operazione. La maggior parte di questi malati erano dei giovani di 24 a 30 anni, nei quali tutte le circostanze parevano favorevoli al successo dell' operazione: il cordone spermatico era sano, il canale deferente non era più grosso del naturale, e la più diligente esplorazione dell' abdome, non vi faceva scoprire alcuna traccia di tumore; ma il sarcocele era molle, fungoso e intieramente composto di materia *cerebriforme*. Una cosa degna di osservazione è, che nel tempo che i tumori sviluppati nell' abdome divenivano più grossi, la piaga faceva dei progressi verso la sua guarigione, e si cicatrizzava intieramente. Ma nel più gran numero dei casi, la recidiva della malattia non succede che sei, e otto o dieci mesi, e talvolta anche parecchi anni dopo la castrazione. Essa si annunzia con dei dolori nella regione lombare, o in quella dello stomaco, di cui si alterano le funzioni. Quindi si sviluppano nel bassoventre uno o più tumori della stessa natura di quella del testicolo, che è stato estirpato. Questi tumori acquistano un volume considerabile di modo, che la loro grossezza uguaglia talvolta quella della testa di un' uomo. In alcuni casi si formano dei simili tumori nel mesenterio; il fegato, la milza, i reni divengono scirrosi, e noi abbiamo già citato un caso, in cui il polmone soffrì una simile degenerazione. Talvolta il membro inferiore del lato, da cui si formò l' estirpato sarcocele, s' ingorga, si infiltra e acquista un' enorme volume. Tutte le funzioni si disturbano, sopraggiunge la febbre lenta, il malato dimagra, e cade in uno stato di marasmo, e soccombe al suo fato in uno spazio di tempo più, o meno lungo, poichè l' arte

non possiede alcun rimedio contro questa crudel malattia, e appena può moderare i dolori, dai quali è quasi sempre accompagnata, impiegando l' oppio a generosissime dosi.

Di alcuni tumori delle borse, a cui è stato impropriamente dato il nome di sarcocele.

Sono stati confusi col sarcocele certi tumori dello scroto, i quali ne differiscono essenzialmente, ed in cui i testicoli non sono malati, o non lo divengono, che consecutivamente. Questi tumori sono di due specie: i primi dipendono dall'ingrossamento e dall' indurimento della tunica vaginale; gli altri sono formati da umori linfatici, albuminosi o di altra natura, stagnanti nel tessuto cellulare delle borse.

Trattando dell' idrocele della tunica vaginale, dissi che questa membrana è suscettibile di acquistare una considerabil grossezza. In alcuni casi questa grossezza è così grande, e tale è nel tempo stesso la consistenza della tunica, che il tumore presenta le apparenze del sarcocele, senza però essere canceroso, poichè il più di sovente il testicolo non è punto interessato nell' affezione del suo involucro, e nei casi, in cui quest' organo è malato, non lo è già per l' ingorgo della sua propria sostanza, o di quella dell' epididimo, ma bensì per l' ingrossamento e indurimento della porzione della lamina interna della tunica vaginale, che si reflette sulla membrana albuginea, ed è intieramente con essa aderente. Questa malattia non dev' essere confusa con quella, che è stata chiamata idrosarcocele: in questa l' ingorgo scirroso del testicolo è l' affezione primitiva e essenziale; e lo stravaso del siere nella tunica vaginale non è che un' effetto di questo ingorgo, e non ha alcuna influenza sulle indicazioni curative. In quella, il male in principio è stato un' idrocele semplice, in seguito la tunica vaginale è ingrossata in conseguenza d'una infiammazione cronica, nata spontaneamente, o determinata da una contusione, o sivvero si è stravasato nella tunica vaginale, per causa di una punzione, una certa quantità di sangue, che ha fatto prendere al siere un colore scuro, o nero, a la cui parte albuminosa ha formato una specie di tessuto reticolare, una seudomembrana, che è fortemente aderente alla faccia interna della tunica e alla superficie del testicolo.

Se ci potessimo procurare delle notizie positive intorno l' invasione della malattia, il suo corso, e su i fenomeni che ha presentato nelle sue diverse epoche, sarebbe quasi sempre facile di distinguere il sarcocele dall' ingrossamento e dall'indurimento della tunica vaginale, ma ordinariamente i malati non posson dare alcuna notizia esatta sulle circostanze commemorative, e il più di sovente non reclamano i soccorsi dell' arte, che allorquando il tumore ha acquistato un volume e una durezza, per cui prende l' apparenze del sarcocele di modo, che regna la più grande oscurità sulla diagnosi della malattia, e non si giunge quasi mai a scoprirne la natura, che praticando l' operazione necessaria per guarirla.

Questa operazione è differente secondo il grado dell' ingrossamento e dell' indurimento della tunica vaginale, la natura del liquido che contiene, e lo stato del testicolo. In tutti i casi, si principia sempre dall' immergere un trequarti nel tumore, e in seguito uno si conduce secondo lo stato delle cose. Se la punzione dà esito a una gran quantità di liquido scuro, simile alla decozione di caffè, se il tumore sparisce intieramente, se il volume e la durezza del testicolo non sono sensibilmente aumentati, e se la grossezza della tunica vaginale è poco considerabile, si può, conforme abbiamo detto parlando della cura radicale dell'idrocele per mezzo dell' iniezione, iniettare del vino nella tunica vaginale, e procurare con questo metodo la perfetta guarigione della malattia. Ma se la punzione non dà esito che a una piccola quantità di liquido nerastro e denso, e se l' uscita di questo liquido non reca quasi veruna diminuzione nel volume e nella durezza del tumore, bisogna incidere la pelle sulla sua parte media, dissecarla da una parte e dall' altra fino presso la sua parte posteriore, squarciare la tunica vaginale in tutta la sua lunghezza, ed agire poscia a seconda dello stato del testicolo. Se quest' organo è sano, e se la porzione della tunica vaginale, che si reflette sulla tunica albuginea non è più grossa del naturale, si farà l' escissione come nell' operazione dell' idrocele; cioè a dire, si asporterà questa tunica, tagliandola più

presso che è possibile al testicolo e al cordone, procurando però di non ferire queste parti.

Ma quando la porzione della tunica vaginale, che si reflette sul testicolo ha acquistato una considerabil grossezza e durezza, e specialmente quando il testicolo è tumefatto e indurito, bisogna asportarla col rimanente del tumore. Per ciò fare, si termina la sezione della pelle, e allorchè il tumore è completamente isolato, si taglia il cordone, si allacciano le arterie spermatiche, e uno si conduce infine come nell' operazione della castrazione.

La specie di tumore, di cui noi trattiamo non è una malattia rara: noi abbiamo avuto frequenti occasioni di osservarla, e ne andiamo a riportare alcuni esempi.

G. Cellier, portatore d' acqua e carbonajo, dell' età di 55 anni, fu ricevuto nello spedale della Carità il 2 giugno 1805 per esservi medicato di un tumore, che aveva nello scroto. Alcuni giorni prima del suo ingresso nello spedale, quest' uomo si era presentato a un chirurgo, il quale credendolo affetto di un doppio idrocele, aveva fatto la punzione dai due lati; dal destro non era uscito che un poco di siere, e un liquido sanguinolento dal lato sinistro, e dopo questa operazione il malato risentì dei vivi dolori. Lo scroto fu ricoperto con un cataplasma ammolliente, il quale non recò alcun sollievo. La durezza e la sensibilità del tumore indussero il sig. Deschamps e me a riguardarlo come uno scirro del testicolo sinistro, di cui si giudicò necessaria l' estirpazione, e fu eseguita da Deschamps il 3 del successivo luglio. Esaminato il tumore dopo l' operazione, si trovò che era formato dalla tunica vaginale ingrossata di otto o dieci linee. Il tessuto lardaceo conteneva parecchi focolari icorosi, la sua cavità era ripiena di siere sanguinolento. Il testicolo occupava la sua parte posteriore, e non offriva alcuna alterazione nella forma, nel volume, e nel suo tessuto.

L... Pastore di professione nel 1802 andò soggetto a un tumore nella parte destra dello scroto, il quale secondo il dettaglio fattomene dal malato, mi parve che fosse stato un semplice idrocele. Tre anni dopo, nel mese di aprile del 1805 il tumore aumentò prodigiosamente di volume, e s'infiammò durante un viaggio di quaranta leghe, che quest'uomo fu obbligato di fare per condurre un gregge. In questo tempo esso fu ricevuto allo Spedale della Carità, ove i topici ammollienti furono usati senza successo. La natura del male mi parve oscura; io supposi che ci potesse essere uno scirro del testicolo, o ingrossamento e indurimento della tunica vaginale, e forse coesistenza della prima di queste affezioni con un'ematocele: il tumore era molto meno pesante e meno duro di un sarcocele, e molto più di un'idrocele. In conseguenza dell' incertezza, in cui io era sul vero carattere della malattia, immersi un trequarti nel tumore, prima di decidermi a estirparlo: uscì dalla cannula una piccola quantità di un liquido scuro simile alla decozione di caffè, senza che il tumore diminuisse visibilmente di volume. Allora giudicai l'estirpazione necessaria, e la praticai immediatamente. La dissezione della pelle fu lunga a causa della densità del tessuto cellulare, che l'unisce alla tunica vaginale. Dopo avere isolato da tutte le parti il tumore, credei doverlo incidere lungitudinalmente prima di separarlo, nel luogo corrispondente al tumore ne uscì una gran quantità di un liquido oscuro analogo a quello, che era venuto fuori per la cannula, ma più consistente. L'ingrossamento della tunica vaginale fu allora manifesto, era grosso sei linee in circa, e la sua superficie esalante era coperta di concrezioni membraniformi simile a quelle, che s'incontrano nell'altre membrane sierose, attaccate da infiammazione cronica. Il testicolo mi parve sano. Ciò nondimeno siccome la porzione della tunica vaginale, che si riflette sulla sua superficie era densissima, e che sarebbe stato impossibile di separarnela senza ferire quest'organo, mi decisi ad estirparlo. Un sacco erniario vuoto, che si presentò davanti il cordone, ne fu separato colla dissezione, dopo di che tagliai il cordone, e allacciai l'arterie spermatiche. Le conseguenze di questa operazione non presentarono niente di rimarcabile. Avendo inciso il testicolo, lo trovai sano, siccome l'avevo giudicato nel tempo dell'operazione.

Un giovine fonditore incominciò a soffrire nel mese di febbraio 1807, dei do-

lori nelle parti genitali, senza causa apparente. Vi fece da primo poca attenzione, ma in seguito essendosi accorto di un tumore bislungo nello scroto, che presentava nella sua parte anteriore e inferiore un punto rilevato, e meno duro del rimanente, ne concepì dell'inquietudine, e venne a implorare i soccorsi della nostra arte nello Spedale della Carità. A quest'epoca il tumore era duro e opaco come un sarcocele, ma n'era più leggiero, avuto riguardo al suo volume. In conseguenza io credei dovere agire con tutta la circospezione possibile, a fine di non privare questo giovine di un testicolo sano, e per evitare gl'inconvenienti, che potevano risultare dalla conservazione di quest'organo, se veramente era malato: feci preparare tutto ciò, che era necessario per l'operazione del sarcocele, nel caso che fosse stata indispensabile. Cominciai per immergere un trequarti nel tumore, da cui sgorgò per la cannula, un liquido nerastro e denso, simile a del sangue coagulato, e allungato poscia con del siere. Dopo questo stato il tumore rimase assai voluminoso per far comprendere che conteneva delle parti scirrose. In conseguenza, per ben conoscere lo stato delle parti, su cui andavano a operare, feci un'incisione longitudinale sul tumore in modo da metterlo allo scoperto, senza interessarlo nel taglio; quindi incisi anche il tumore istesso longitudinalmente: ne uscì fuori una nuova quantità di materia nera, più consistente della prima. Conobbi allora che la tunica vaginale aveva acquistato una considerabil grossezza e durezza, senza che il testicolo fosse malato, nè più grosse le membrane che l'involgono. Asportai la tunica vaginale colla maggiore esattezza possibile, e conservai il testicolo.

Il malato ebbe la febbre il giorno dell'operazione, e fu salassato la sera. Il giorno dopo si lagnò di un dolore da un lato del petto: il viso era rosso, animato, il polso frequente e duro; fu ripetuto il salasso. Il testicolo si tumefece considerabilmente nei primi giorni; la sua superficie non tardò a coprirsi di bottoni carnosi, e riprese il suo natural volume a misura che la suppurazione divenne più abbondante, e contrasse delle aderenze collo scroto. Le labbra della piaga si ravvicinarono, e la guarigione fu completa in capo di un mese.

Noi abbiamo avuto parecchie occasioni, come si disse di sopra, di osservare l'ingrossamento e l'indurimento della tunica vaginale; ma sarebbe superfluo di riportarne qui altri esempi. Ma non sarà per altro inutile il dire, che queste osservazioni ci hanno insegnato, 1.° che nei tumori dello scroto, formati dall'ingorgamento della tunica vaginale, in cui si è stravasato un liquido scuro o nerastro, il cordone spermatico non è giammai malato, quando il testicolo è sano: 2.° che abbandonati a se stessi questi tumori, non degenerano in canero; 3.° che dopo l'asportazione del tumore e del testicolo, non è da temersi la recidiva della malattia quando quest'organo è sano. Io conosco degli uomini, su i quali ho praticato quest'operazione, sono oramai più di vent'anni, e che dopo hanno sempre goduto di una buona salute.

Si sviluppano talvolta nello scroto dei tumori suscettibili d'acquistare un enorme volume, e che non meritano il nome di sarcocele, che viene dato loro dalla maggior parte degli autori, perchè i testicoli non sono malati, e non lo divengono che consecutivamente per la pressione del tumore, che gli riduce talvolta in uno stato di atrofia. Allorchè si sono potuti aprire questi tumori dopo la loro estirpazione, o dopo la morte dei malati si è trovato che erano formati da una congestione di umori linfatici, albuminosi e di altra specie nel tessuto cellulare delle borse, e che i testicoli e la verga, sepolti in questa massa informe, non avevano sofferto quasi alcuna alterazione.

Dionis riporta nel suo Trattato d'operazioni, l'esempio di un tumore di questo genere, da cui era attaccato un povero marabutto dell'Indie: la relazione ne fu spedita da Pondichery 1710 dal Padre Mageret Gesuita, ed era accompagnata dal disegno del tumore, che Dionis ha fatto incidere. Questa osservazione è stata pur lungo tempo quasi unica. In seguito un gran numero di fatti di questo genere sono stati osservati da Agostino Frederic, da Walther (1), Chesel-

(1) Acta erudit. Lips. *an.* 1725.

den (1) Morgagni (2), da Mehee de la Touche (3), Chopart, Imber di Lonnes (4), dal barone Larrey (5), e dal professor Roux (6) ec.

Questi tumori sembravano attaccare più particolarmente degli altri, gli uomini Indiani della costa del Malabar, del Coromandel e gli Egiziani. La loro forma è molto varia, in generale sono più grossi inferiormente che superiormente, ove sono attaccati con un peduncolo più o meno grosso alla regione del pube. Sono duri in certi punti, molli in altri, indolenti, senza infiammazione, senza notabil cambiamento nel colore della pelle, la quale s'ingrossa nel distendersi, e si copre talvolta di croste giallastre, e di ulceri superficiali. I cordoni spermatici non sono tumefatti; i testicoli conservano la loro forma e la loro integrità, e quando il tumore non è ancora molto voluminoso, si possono riconoscere nella sua parte posteriore, ma quando il volume del tumore è enorme, i testicoli rimangono confusi nella sua massa. A misura, che il tumore fa dei progressi, la verga sparisce, e si trova nascosta sotto i tegumenti; il prepuzio pure sparisce, e la sua estremità si presenta in uno dei punti della faccia anteriore del tumore, ora sotto la forma di una specie quasi della cicatrice dell' umbilico, ora sotto quella di una fessura, per cui scorre e viene fuori l' orina, senza formar getto. Queste specie di tumori si sviluppano senza causa nota, in conseguenza di una percossa sulle borse. Si formano lentamente, acquistano un volume eccessivo e un peso così considerabile, che coloro che gli portano non possono mettersi a sedere e camminare senza una gran difficoltà.

Il tumore del negro, di cui fa menzione Dionis era inuguale e duro come una pietra; era lungo un piede, tre pollici e sei linee, ed aveva un piede e tre pollici di larghezza nella sua parte inferiore: la sua circonferenza era di tre piedi, sei pollici, e sette linee, pesava per quanto se ne potè giudicare, sessantatre libbre. Queste sono anche le precise dimensioni del tumore del negro, di cui parla Cheselden.

Il tumore, di cui Walther fece la dissezione sul cadavere, scendeva fin sotto le ginocchia, e la sua grossezza corrispondeva alla sua lunghezza; la pelle dello scroto era tre volte più grossa dello stato naturale, e le cellule che essa ricopre, e che si continuano fra i testicoli, erano così distese da un'umore tenace, che rassomigliavano a una massa di carne inerte, da cui pareva principalmente dipendere il peso di tutto il tumore, che era di circa quaranta libbre. I testicoli erano molto più grossi che nello stato naturale, ma questo aumento di volume proveniva dall' ingrossamento della tunica albuginea, che inviluppava dei tofi e un umore particolare, dimodochè rimaneva appena un piccolo spazio da un sol lato solamente, per i piccoli tubi delicatissimi, che formano la sostanza propria del testicolo.

Morgagni riferisce due osservazioni di tumori, che egli chiama sarcoceli, ma che sono evidentemente della specie di quelli, dei quali si parla adesso. Una ha molta rassomiglianza con quella di Walther, e gli fu trasmessa nel 1755. da Siracusa, stampata e confermata dalla pubblica testimonianza della città. L'altra osservazione si referisce a un tumore, che lo stesso Morgagni vide a Padova in un'uomo, che passava per quella città nel mese di maggio 1730. per ritornare a Este, luogo del suo domicilio. Questo tumore era più grosso di due teste d'uomo riunite insieme. Si poteva toccare senza cagionare il minimo dolore. Nel palparlo, sembrava a Morgagni di toccare una specie di sarcoma di una forma sferoide. Il malato aveva ricevuto un colpo nello scroto nella sua infanzia, ma il tumore non aveva incominciato a svilupparsi che nell'età virile, ed era finalmente giunto a questo volume nello spazio di molti anni.

Il malato, che portava il tumore, di

(1) *Anatom. edit.* 4 *tav.* 26.
(2) De sed. et caus. morb. Epist. 43 art. 42.
(3) *Gior. di Medic. T.* 10 *p.* 349.
(4) *Consider. sul caut. attuale, p.* 360 *e seg.*
(5) *Mem. di Chir. milit. T.* 2 *p.* 100.
(6) *Miscell. di Chir. e di Fisiol. p.* 225.

cui Mehee de Latouche ha dato la descrizione, aveva 70 anni. Erano già scorsi venti anni che questo individuo aveva ricevuto delle pedate nello scroto: ciò, che fu causa dello sviluppo di un piccolo tumore, di cui egli si accorse pochi giorni dopo, e che da quell'epoca in poi era sempre andato crescendo, e cresceva tuttora ogni giorno. Questo tumore, allorchè Mehee l'esaminò, era lungo un piede, sei pollici e sei linee, e aveva tre piedi, un pollice e qualche linea di circonferenza. La sua parte superiore si estendeva molto sopra il pube, ed era molto larga: la sua parte inferiore terminava verso il basso delle cosce a angolo smussato: si scopriva nella sua parte posteriore e media un piccolo tumore internato nella massa, che l'autore dell'osservazione prese per un testicolo. La verga non si scorgeva quasi più; si vedeva solamente l'estremità del glande della grossezza e della forma di un fagiolo, essendo tutto il rimanente sepolto nel tumore che il malato sosteneva con una specie di sospensorio, e camminava a gambe larghe.

Il tumore, di cui parla Chopart era specialmente rimarcabilissimo per il suo volume e peso. L'uomo che lo portava fu presentato all'Accademia di Chirurgia il 18. agosto 1768. Egli era un negro della costa della Guinea, dell'età di 50. anni, robusto, alto cinque piedi e cinque pollici, venuto di corto dalla Martinicca, dove aveva servito 22. anni. Questo tumore della forma di una pera, pendeva fra le coscie e le gambe fino presso i malleoli, e obbligava il malato a tenere molto slargate queste estremità, tanto nel camminare, che stando a letto. Aveva due piedi e due pollici di circonferenza nella sua parte superiore, tre piedi e due pollici nella sua parte media, e quattro piedi nella sua parte inferiore: la sua lunghezza era di due piedi e mezzo, e pesava ottanta libbre. Nel terzo superiore e nel mezzo della faccia anteriore di questa massa, eravi un'infossamento in forma di doccia, che terminava in alto in un'incavo della larghezza dell'estremità di un dito, e profondo due pollici: il glande sembrava terminare nel fondo di questa doccia, di dove uscivano l'orine talvolta a getto, quando il negro stava in piedi, e sovente scorrendo lungo la pelle. Quest'uomo fu messo a Bicetre nel numero dei pensionari infermi, e ci si ammalò quindici giorni dopo il suo ingresso, e morì nel quinto giorno della sua malattia, che aveva i caratteri di una febbre maligna. L'apertura del suo corpo fu fatta in presenza di molti membri dell'Accademia. Avendo aperto il tumore nella direzione della sua lunghezza vi si distinsero due sostanze, una esterna biancastra, consistente, simile alle poppe della vacca, e composte di un tessuto fibroso ripieno di un denso umore; l'altra interna, molle, di un colore giallo-chiaro, e il cui tessuto formava delle cellule pregne di siere, il quale ne sgorgava nell'aprirle. La pelle, che copriva la sostanza esterna e che si confondeva con essa, era sottile dalla parte del pube, e cedeva facilmente al taglio dello scalpello; ma la sua grossezza e consistenza aumentavano e la rendevano simile alla cotenna del maiale, a misura che scendeva verso la base del tumore, ove era così dura, insieme colla sostanza che l'era aderente, che fu difficile di tagliarla. La verga, intieramente nascosta sotto i tegumenti, ma grossa, lunga, e fissata dal prepuzio disteso, e la sua apertura circolare si trovava infossata nella doccia, di dove scaturivano le orine. Il glande era a due pollici di distanza da quest'apertura. I cordoni spermatici erano lunghi nove pollici dall'anello fino ai testicoli, e grossi tre volte almeno più del naturale: questa loro grossezza proveniva da un'ingorgo sieroso del loro tessuto cellulare: i loro vasi erano sani. Sani pure erano i visceri del basso ventre, e i vasi spermatici, e tutti nella loro posizione naturale. Dopo questo esame, il tumore fu separato dal corpo, e non pesava più che sessantadue libbre, perchè n'era scolato molto siere avanti e nel tempo della dissezione. L'esperienze, cui fu sottoposta la materia di questo tumore, fecero conoscere che era composto di umori gelatinosi, e albuminosi, senza mescolanza di grasso.

Chopart è di parere che l'estirpazione o l'amputazione di questo sarcoma mostruoso non avrebbe servito che ad abbreviare la vita di questo negro. Egli dice che quest'operazione è stata fatta senza successo da Raymondon chirurgo a Castries nell'Albigese, in un'uomo di 42

anni, il quale aveva un tumore nello scroto a presso a poco della stessa natura di quella del negro, ma molto meno voluminoso. Questo tumore della figura di una pera, non aveva che ventitre pollici di lunghezza, e trentadue di circonferenza nella sua parte la più larga: la sua sommità formava un grosso peduncolo allungato, che comprendeva i due cordoni dei vasi spermatici, il testicolo destro, e la verga ritirata in dentro e nascosta sotto la pelle. Questa massa si era formata nello spazio di tredici anni, era indolente, e non recava altro incomodo che quello del suo peso. Raymondon credendo che contenesse un liquido stravasato, vi fece una punzione con un trequarti, che egli v' immerse profondamente senza che ne scolasse alcun' umore: una seconda punzione ebbe lo stesso risultamento. Il giorno appresso, dietro il parere e in presenza di molti consulenti, egli amputò questo tumore verso la sua sommità, conservando la verga e il testicolo destro, che era sano; il testicolo sinistro essendo malato, fu anch' esso estirpato. Il malato morì sei ore dopo l' operazione, lamentandosi di dolori nella regione epigastrica, ed avendo desiderato e bevuto dell' acqua fresca fino al momento della sua morte. L' apertura del corpo mostrò che i visceri del ventre e del petto erano perfettamente sani. Il tumore dello scroto pesava ventinove libbre: dalla parte dei tegumenti presentava una massa solida, consistente e biancastra, della natura di una sostanza adiposa, e rinchiudeva nel centro circa dodici sacchi membranosi, alcuni dei quali contenevano del siere, e gli altri del sangue sciolto.

Il tumore, che Carlo della Croix portava nello scroto fino da circa 14 anni e del quale Imbert di Lonnes lo liberò felicemente per mezzo di un' operazione, che durò due ore e mezzo, pesava circa trenta libbre. Era più prominente del ventre di una donna vicina a partorire. Lo scroto e i tegumenti vicini gli servivano d' involucro in pregiudizio delle altre parti della generazione, che non si vedevano più. Questo tumore era situato più dal lato sinistro che nel destro; aveva la forma di un cuore rotondato e irregolare, la cui base era destra, posando sul basso ventre e la coscia dello stesso lato, e la punta sulla coscia sinistra; aveva circa quattordici pollici di lunghezza, e dieci di altezza verso il suo centro.

Rincresce che Imbert, il quale dissecò questo tumore, dopo averlo amputato, siasi meno occupato nell' istoria che egli ce n' ha data a descriverlo in modo da farcene conoscere la natura, che a vantare il suo ardire, la sua abilità, e il suo successo. È evidente che egli non ne ha conosciuto il vero carattere, poichè lo riguarda come un sarcocele mostruoso del testicolo sinistro, assicurando che il suo peduncolo, il quale aveva circa dieci pollici di circonferenza, era *il cordone spermatico* sviluppato come il testicolo. Del resto, Carlo della Croix visse ancora undici anni dopo l' operazione, godendo di una perfetta salute, e questa sola circostanza basterebbe per provare che la sua malattia non era un sarcocele.

Il sig. Barone Larrey, che ha osservato frequentemente in Egitto i tumori dello scroto, dei quali si parla, non si è ingannato sulla loro natura. Questo celebre chirurgo militare, dissecando un tumore di questa specie, di forma piramidale e del peso di circa sei libbre, che egli aveva estirpato al cuoco dei Cappuccini del Gran Cairo, trovò che era formato di una sostanza cotennosa e quasi cartilaginosa. Il testicolo destro era sano, e corrispondeva alla parte superiore del tumore. Il testicolo sinistro fu trovato nel mezzo della massa informe di questo tumore, e diminuito di volume. Il sig. Larrey pensa che dieci o dodici altri tumori, che egli ha osservato in differenti contrade dell' Egitto, la maggior parte dei quali avevano un enorme volume, e pesavano quasi cento libbre, fossero della stessa natura di quello di cui fece la dissezione. Egli ha sempre trovato che i cordoni spermatici e i testicoli erano nello stato naturale, e situati su i lati e alla radice del tumore, e che i soli vasi spermatici avevano acquistato maggior lunghezza e grossezza. Egli ha osservato ancora che tutti gl' individui attaccati da questa malattia, lo erano nel tempo stesso dall' elefantiasi in più o meno forte grado; finalmente ha veduto anche le grandi labbra di una donna attaccate da questa stessa malattia, e ha fatto disegnare parecchi di questi tumori.

Fra le osservazioni di questi singolari

tumori dello scroto, che sono state conservate, ve ne sono poche che offrono tanto interesse, quanto quella raccolta dal sig. professor Roux, che riporterò qui in compendio. Un coltivatore dell'età di circa 50 anni, portava nello scroto fino da dieci mesi, un tumore, che si era formato in conseguenza di una leggiera contusione delle borse. Questo tumore ne occupava il lato sinistro; il suo volume uguagliava almeno la testa di un'adulto; la sua superficie offriva qua e là delle gobbe formate da delle piccole raccolte di sangue, quasi immediatamente sotto la pelle, la quale era distesa, assottigliata, livida e intieramente aderente al tumore, specialmente anteriormente e nei lati. La verga era intieramente nascosta, e non si scorgeva che il prepuzio. Il testicolo destro era aderente alla corrispondente parte del tumore, e offriva tutte le apparenze di una perfetta integrità. Una porzione del cordone spermatico del lato malato, che si sentiva al di sotto dell'anello, era intatta, e per quanto si poteva giudicarne mediante il tatto, non eravi verun ingorgo delle glandule linfatiche del basso ventre. Il malato non offriva ancora nel tumore che dei dolori sordi, e godeva d'altronde di un'assai buona salute. Esso entrò nello Spedale di Beaujon negli ultimi giorni di dicembre 1807. Roux, dopo avere attentamente esaminato tutte le circostanze della malattia, giudicò che apparteneva al tessuto cellulare dello scroto, e che si sarebbe trovato nel centro del tumore il testicolo intatto. La dissezione di questo tumore, fatta immediatamente dopo l'operazione, che Roux eseguì colla sua solita abilità e con pieno successo, giustificò il suo pronostico. In fatti, il testicolo occupava il centro del tumore, ed era nel suo stato d'integrità, nè aveva ancora contratto che delle leggierissime aderenze colla tunica vaginale. La porzione amputata del cordone spermatico era ugualmente sana. Tutta la massa del tumore dipendeva dalla degenerazione del tessuto cellulare dello scroto, ed era formata da due sostanze assai differenti l'una dall'altra, almeno alla vista. L'una più considerabile, che ne occupava l'esterno, era molle, granulosa, e sembrava apparentemente, tenere il mezzo fra il grasso condensato, e la polpa cerebrale; e nel suo mezzo, ma vicino alla superficie del tumore, esistevano tre, o quattro piccoli focolari sanguigni. L'altra sostanza, che formava una specie di nucleo, era più solida e consistente, e aveva un'apparenza lardacea e carcinomatosa. Il tutto poi esisteva senza alcun'indizio di una conversione purulenta incominciata, o prossima ad incominciare.

Risulta da queste osservazioni, che noi abbiamo riportate, 1.° che gli enormi tumori, che si formano nello scroto non hanno la loro sede nei testicoli, e non sono veri sarcoceli; che essi sono formati dalla raccolta lenta e successiva di umori linfatici e albuminosi nel tessuto cellulare delle borse; che i testicoli non sono malati, e che se lo sono, non si ammalano che consecutivamente a causa del volume del tumore, che gli riduce talvolta in uno stato di atrofia; 2.° Che questi tumori non sono suscettibili di degenerazione cancerosa, che non esercitano alcuna influenza nociva sull'economia animale, e che non cagionano altri incomodi, che quelli resultanti dal loro enorme volume e dal loro peso; 3.° che dopo la loro ablazione, non avvi da temere la recidiva della malattia, come dopo l'estirpazione del sarcocele.

Le cause di questi tumori ci sono ignote. Talvolta si sono sviluppati in conseguenza di una percossa, o di una forte pressione; ma il più di sovente si sono formati senza il concorso di alcuna causa esterna. Nel principio della malattia sarebbe forse possibile di guarirla, facendo prendere al malato dei purganti drastici, ripetuti secondo lo stato delle sue forze, ed esponendo il tumore ai vapori dell'aceto ammoniacale, versato su dei mattoni infuocati, o impiegando altri topici risolventi. Ma siccome i progressi della malattia sono lenti e insensibili, la maggior parte dei malati non reclamano i soccorsi dell'arte, che allorquando il tumore ha acquistato un volume, che rende inutili tutti rimedi, e allora non vi restano altre risorse che i mezzi chirurgici.

Chopart riguarda la cauterizzazione colla potassa caustica, come il metodo curativo il più conveniente, allorchè il tumore non è molto voluminoso. Egli vuole che si applichi assai estesamente per fare un'apertura, che possa lasciare

un facile esito agli umori, e per produrre la successiva distruzione delle parti interne disorganizzate o viziate, continuando con prudenza e metodo l' uso di questo caustico. Esso dice di avere usato questo metodo in un voluminoso sarcoma dello scroto, complicato con una congestione linfatica e sanguinolenta in un sacco membranoso di questa parte, e il malato ne rimase perfettamente guarito.

Malgrado il successo ottenuto da Chopart, noi pensiamo che l' estirpazione o l' amputazione è preferibile alla cauterizzazione. Questa operazione può esser praticata, sia qualunque il volume del tumore, allorchè il malato non è troppo vecchio, e che gode d' altronde di una buona salute. Non è però possibile di tracciare le regole, dietro le quali deve esser fatta l' operazione. Tutto quello, che si può dire in generale è che bisogna evitare la lesione dei testicoli, dei cordoni spermatici e della verga, e non conservare altra porzione di pelle, che quanta ne abbisogna per ricoprire la superficie della piaga. Tutto il rimanente dei tegumenti deve rimanere aderente al tumore, e deve asportarsi con esso.

ARTICOLO II.

Dei vizi di conformazione delle malattie della verga.

Vizi di conformazione.

I principali vizi di conformazione della verga, sono l' imperforazione del glande del prepuzio, il fimosi, il parafimosi e l'ipospadia.

Dell' imperforazione del glande e del prepuzio.

L'imperforazione del glande è stata osservata parecchie volte nei bambini di nascita. Si sospetta che esista questo vizio di conformazione, quando le pezze del bambino non sono bagnate, e che esso fa dei continui sforzi per rendere i suoi grossi escrementi, quantunque il meconio venga fuori facilmente. Esaminando il glande se ne scopre l'imperforazione, la quale è completa, o incompleta. Quando è completa, ora non esiste alcuna traccia di apertura nell'estremità del glande, ora l'estremità dell'uretra è disposta come all'ordinario, ma i bordi dell'apertura sono come incollati insieme. Allorchè l'imperforazione è incompleta, esiste un'apertura quasi impercettibile, a traverso di cui esce l'orina con un getto così sottile, che a pena si scorge, e si sparpaglia. Nell'imperforazione completa, si sente il canale dilatato, o ripieno d'orina fino al luogo ove esiste il vizio, che ordinariamente è in vicinanza dell'estremità dell' uretra, e negli sforzi che fanno i bambini per orinare, la verga si erige alquanto. Per rimediare a questo vizio di conformazione, quando l' orifizio dell' uretra esiste come all'ordinario, e che i suoi bordi sono incollati insieme, basta di separarli colla punta di un bisturino, o di una lancetta. Se non esiste alcuna traccia di apertura, si comincia dal fare colla punta del bisturino, una piccola incisione nella sommità del glande, secondo la direzione dell'orifizio dell'uretra, e si termina la perforazione con un' ago, quasi della forma di un'trequarti, quindi si introduce nell'uretra una piccola candeletta, di cui si continova l'uso per lungo tempo, a fine d'impedire il ristringimento dell'apertura. Nella perforazione incompleta, si deve ingrandire l' apertura, introducendovi da primo un sottilissimo specillo, e sostituendovi poi delle candelette, sempre progressivamente più grosse, e delle quali si continua l'uso per un buono spazio di tempo.

L' imperforazione del prepuzio, come quella dell'uretra, è completa e incompleta. Nell'occlusione completa, le pezze del bambino non sono bagnate, perchè non può rendere l'orine. Questo liquido trattenuto nel prepuzio, lo distende e forma un tumore trasparente, in cui si sente l'ondulazione di un liquido, e che aumenta di volume, e diviene più teso, allorchè il bambino si sforza per orinare. Si rimedia a questo vizio di conformazione aprendo il tumore, e asportando una parte del prepuzio, quando è troppo lungo. Una medicatura semplice, delle lozioni d' acqua d'orzo e di sambuco, bastano per ottenere la guarigione. L'imperforazione incompleta del prepuzio dev' essere riguardata come un grado di fimosi, di cui andiamo a parlare.

Del fimosi.

Il fimosi è una disposizione viziosa del prepuzio, la cui apertura è troppo stretta per permettere al glande di passarvi e scoprirsi. Nelle scuole si distingue il fimosi in naturale, e in accidentale. È na-

turale, o di congenita conformazione, quando si nasce con esso: è accidentale, allorchè sopraggiunge dopo la nascita per una causa qualunque.

I bambini nascono quasi sempre coll'apertura del prepuzio troppo stretta, per permettere che si possa liberamente scoprire l'intiero glande, ma a misura che crescono, e specialmente verso l'età della pubertà, in cui l'erezione incomincia a essere forte, la verga si allunga, e il glande dilata poco a poco la stretta apertura del prepuzio. Frattanto l'erezione non basta sempre per allargare quest'apertura, allorchè il ristringimento è molto forte, e che il frenulo o filetto del glande è molto corto; poichè allora più l'erezione è forte, più il glande, la cui forma è conica, si curva inferiormente, di modo che in vece di presentarsi all'apertura del prepuzio colla sua sommità, ci si porta colla sua base, la quale può bene allungare il prepuzio, ma non già dilatare la sua apertura.

Allorchè nel fimosi naturale, l'apertura del prepuzio è assai grande da potervi passare liberamente l'orina a misura che esce dall'uretra, non ne risulta alcun'inconveniente; ma se il prepuzio è molto allungato, e la sua apertura eccessivamente stretta, i bambini sono esposti alla ritenzione d'orina: questo liquido non evacuandosi che a goccia a goccia, si accumula nel prepuzio, lo distende, forma un tumor molle fluttuante, semitrasparente, di un volume talvolta considerabile, e che aumenta ancora quando il bambino fa degli sforzi per orinare, e che si è obbligati di vuotarlo, comprimendolo ciascuna volta che egli orina. Se non si rimedia a questo male, non fa che aumentare e divenire sempre più incomodo per il bambino. Infatti, l'orina, di cui è difficile che non resti qualche goccia nel prepuzio, si altera, irrita l'apertura, che gli da passaggio, vi eccita dell'ingorgo, e sovente il prepuzio si allunga e s'indurisce: e talvolta ancora si esulcera internamente poco a poco, i bordi della sua apertura si agglutinano, e il bambino è esposto a perire, se non è convenientemente soccorso. La seguente osservazione comunicata all'Accademia di chirurgia, e riferita da Chopart nel suo trattato delle malattie delle vie orinarie, fa conoscere tutto il pericolo di questa malattia, allorchè non è conosciuta, o trascurata.

Un bambino di due mesi e mezzo non aveva alcun'apparenza di verga, nè di testicoli; gli si era formato dopo la sua nascita, sotto la sinfisi del pube, un tumore ovolare della grossezza di un'uovo di gallina, il quale era esulcerato, rosso e umidissimo nella parte media della sua superficie. La pelle formava intorno dell'ulcera un cerchietto calloso. Comprimendo il tumore nella sua circonferenza, si sentiva una sorte di ondulazione, e trapelavano delle piccole goccie di siere da diversi forellini dell'ulcera. Questo tumore era stato giudicato un cancro, che si credeva che avesse corroso e distrutto gli organi della generazione, e che fosse incurabile. Un esame più scrupoloso fece conoscere che non era nè canceroso, nè incurabile, e che non dipendeva che dalla imperforazione del prepuzio, o dall'estrema ristrettezza della sua apertura; e che il siere, che gemeva dall'ulcera, non era altro che orina. Allora fu preso il necessario partito di fare un'incisione nel centro dell'ulcera, che penetrasse fino al sacco, in cui si sentiva l'ondulazione. Fatta quest'incisione, ne sgorgò poco siere, ma comprimendo il tumore, ne usci un'umore simile a una pappa assai sciolta. Fu sufficientemente ingrandita l'apertura a fine di vedere il fondo del sacco, e ci fu trovato il glande, la cui superficie era escoriata come pure l'interno del prepuzio. Furono prescritte delle iniezioni ammollienti, e la nettezza. Questo bambino, che non aveva quasi mai cessato di piangere dopo che era nato, e che era sempre agitato, divenne tranquillo, e orinò abbondantemente senza sforzi, e in capo di un mese guarì completamente. La verga prese la sua forma naturale, e i testicoli si trovarono nello scroto.

Gl' inconvenienti, di cui abbiamo parlato, non sono i soli che resultano dall' eccessiva ristrettezza dell' apertura del prepuzio. Il soggiorno dell' orina in questa specie di sacco cutaneo, dà luogo al deposito della materia calcolosa e alla formazione di pietre più, o meno grosse: e allorchè queste pietre sono mobili, e che hanno la forma di un granello di arena, possono impegnarsi nell' apertura del prepuzio, e intercettare il passaggio dell' orina.

Quindi è che, allorquando l' apertura del prepuzio è così stretta che l' orina

non esce che a misura che viene fuori dell' uretra; che si accumula nell'interno del prepuzio, e che lo distende da formare un tumore, bisogna ricorrere prontamente all' operazione necessaria per rimediare a questo vizio di conformazione, onde far cessare gl' inconvenienti, che ne risultano, e prevenire gli accidenti, dei quali abbiamo parlato. Questa operazione consiste nella recisione del prepuzio, proporzionata al volume del tumore, che esso forma quando è disteso dall' orina, e nell' asportazione di una porzione del medesimo più o meno grande, secondo la sua lunghezza. Una medicatura semplice, delle lozioni di acqua d' orzo e di sambuco, sono sufficienti per condurre la piaga a guarigione.

Quando l' apertura del prepuzio è assai grande da permettere lo scolo dell' orina a misura, che viene fuori dall' uretra, il fimosi congenito non incomoda i bambini, e giungono all' età della pubertà senza accorgersi di questo vizio di conformazione. Se il prepuzio è molto più esteso di quello, che abbisogni per ricoprire il glande, esso si presta facilmente all' aumento di volume di questa parte nell' erezione, e questo stato non cagiona alcun dolore; ma se il prepuzio non ha che l' estensione necessaria per inviluppare il glande, questi non potendo passare per l' apertura troppo stretta del prepuzio medesimo, l' erezione è dolorosa. Il dolore è specialmente fortissimo allorchè gl' individui, che portano questo vizio di conformazione, usano colle donne. Per altro accade talvolta in questa occasione che il prepuzio finisce di dilatarsi, o che si strappa, perchè il glande è forzato a passarvi intieramente; e se questa dilatazione non è sufficiente, è possibile che il glande essendo uscito fuori, non possa ritornare indentro: in questo caso ne risulta un parafimosi, che diviene talvolta una malattia pericolosa. Allorchè la circonferenza dell' apertura del prepuzio è strappata nello sforzo, che ha fatto il glande per traversarlo, s' incontra ancora talvolta della difficoltà per risituare il prepuzio, e nel caso, in cui si può risituarlo senza difficoltà, il bordo dell' apertura s' infiamma, e questa diviene viepiù stretta. Questo è ciò, che molte volte è stato osservato accadere nei giovani mariti la prima notte del matrimonio. Quando il prepuzio è lunghissimo, e la sua apertura strettissima, l' umore seminale non è lanciato colla conveniente forza e libertà, e questa circostanza può divenire una causa d' impotenza.

Quelli, che hanno naturalmente l' apertura del prepuzio troppo stretta da non potervi passare il glande, e che vivono nella continenza, non sono esposti agli accidenti, di cui abbiamo parlato, ma sono soggetti a un' altro inconveniente: l' umore sebaceo, separato dalle glandule, situate sulla corona del glande, si raccoglie sotto il prepuzio, vi cagiona del prurito, una flogosi abituale della membrana interna del prepuzio e della superficie del glande, e talvolta anche uno scolo, che somiglierebbe a una blenorrea se la materia, che fluisce venisse dall' uretra, e che i malati, e sovente anche dei medici poco attenti prendono per una vera blenorrea del canale. L' infiammazione abituale dell' interno del prepuzio può cagionarvi dell' esulcerazioni, in conseguenza delle quali il prepuzio contrae col glande delle aderenze, che rendono il coito doloroso. Si preverrebbero probabilmente questi inconvenienti, facendo delle frequenti iniezioni d' acqua tiepida sotto il prepuzio, o serrandone con due dita l' apertura nel tempo, che l' orina viene fuori dall' uretra, per obbligare questo fluido a raccogliersi sotto il prepuzio, e a nettarlo. Ma questi mezzi non sono però così sicuri, come l' operazione del fimosi, la quale è d' altronde indispensabile per far cessare i dolori, che accompagnano l' atto della generazione, e per facilitare l' espulsione dell' umore seminale.

Questa operazione consiste nello squarciare il prepuzio nella sua parte media e superiore. I chirurghi si sono serviti di diversi strumenti per praticare questa operazione; ma il più semplice e il più generalmente usato è un bisturino colla lama lunga due pollici e mezzo in circa, larga tutto al più una linea e mezzo, e colla punta acutissima. Allorchè uno si serve di questo bisturino, se ne copre la punta con una piccola palla di cera, che s' immerge nell' olio, o nel bianco di uovo, affinchè scivoli facilmente. Si preparano dei piummacciuoli, una compressa della forma di una croce di Malta, fo-

rata nel suo mezzo, e una fascia larga un dito trasverso, lunga circa un braccio, e spaccata in una delle sue estremità per l'estensione di circa sei pollici.

Il malato deve stare assiso su di una sedia, o steso sulla parte destra di un letto. Se è a sedere, la sedia sarà appoggiata al muro, o a un corpo solido e immobile, e il malato deve tenere il suo dorso in tutta la sua lunghezza appoggiato alla spalliera della seggiola: se questa non fosse appoggiata a un corpo immobile, o che il malato ci stasse assiso obliquamente, il movimento che esso farebbe, o cercherebbe di fare in dietro al momento, in cui sentirebbe l'azione del bisturino potrebbe far mancare l'operazione: il chirurgo si situa avanti di esso un poco alla sua destra posando un ginocchio a terra. Se il malato è nel letto, l'operatore si pone a destra, e se il paziente è poco coraggioso non è inutile di fargli tenere le mani da degli assistenti, per timore che esso non se ne serva involontariamente per respingere quella del chirurgo. Questi prende la parte destra dell'apertura del prepuzio col pollice e coll'indice della mano sinistra, e la tira un poco a se. Prende il bisturino colla mano destra, e lo tiene come per tagliare di dentro infuori, e davanti a se; l'introduce a piatto fra la faccia superiore del glande e il prepuzio, procurando di appoggiarne il dorso contro quest'ultimo, a fine che non tagli nell'introdurlo. Allorchè la sua punta è pervenuta alla corona del glande, l'operatore lascia il prepuzio, e prende la verga fra le tre ultime dita situate di sotto, l'indice di sopra, e col pollice tira la pelle verso il pube, a fine di mettere a livello le due lame del prepuzio per poterle tagliare in un'estensione uguale; porta il pollice dietro il luogo, di dove deve cominciare l'incisione, volge il bisturino in maniera che il suo tagliente riguardi il prepuzio, inclina fortemente il manico, tendendo nel tempo stesso la pelle, e spinge la punta del bisturino, la quale trafora la palla di cera, da cui è ricoperta, e incide la base del prepuzio: quindi abbassando la mano, che tiene lo strumento, e tirandolo a se, finisce di incidere il prepuzio in tutta la sua lunghezza. Se malgrado la precauzione presa di tirare la pelle in dietro la membrana interna del prepuzio non rimane incisa nella stessa estensione della pelle, si termina di tagliarla colle cesoie o col bisturino, di cui si guarnisce di nuovo la punta con una palla di cera, e che si porta sotto la porzione membranosa, che deve essere divisa.

Allorchè il prepuzio non ha che l'estensione sufficiente per coprire il glande, la semplice incisione di questo involucro basta per l'oggetto, che uno si propone; ma se la lunghezza del prepuzio è superflua, e specialmente se il contorno della sua apertura è duro e calloso, limitandosi a una semplice incisione, le sue due labbra rimangono grosse, rilasciate, e pendenti, e non solamente questa parte è deforme, ma può impedire ancora l'uso del matrimonio, ciò, che dispiacerebbe a molti. In questo caso, dopo avere squarciato il prepuzio, bisogna asportarne da una parte e dall'altra un lembo triangolare, e fare come una specie di circoncisione. Allorchè il frenulo del glande si prolunga fino all'orifizio dell'uretra, bisogna tagliarlo.

Le aderenze del prepuzio col glande rendono l'operazione del fimosi molto più difficile. La condotta da tenersi in questo caso è differente, secondo che l'aderenze sono generali, o parziali, dure, o poco resistenti. Allorchè il prepuzio non è aderente al glande che mediante qualche briglia, ciò, che si conosce facilmente per mezzo di uno specillo, che si passeggia fra queste due parti, si deve cominciare dall'incidere il prepuzio nel punto, ove non sono aderenze: questa prima incisione facilita molto il rimanente della operazione, specialmente quando può essere fatta in vicinanza della parte superiore, e tanto più in questa stessa parte. Ma allorchè l'aderenza è generale, bisogna prendere con due dita la pelle del prepuzio in modo, da fargli fare una piega trasversale, che si taglia nel mezzo, avvicinandosi più che si puole alla superficie del glande. Qui l'operatore bisogna che usi una grandissima attenzione, poichè il suo strumento deve dividere una sottil membrana unita al glande, ed evitare di ferire quest'organo. Si rende questa parte dell'operazione un poco meno difficile, tirando in senso contrario i due bordi della piaga; in tal modo si viene

a sollevare la membrana, che è aderente al glande, e la tensione, in cui essa si trova, mentre il glande è in uno stato di flaccidità, permette all'occhio del Chirurgo di distinguere meglio queste due parti, nel tempo che ne facilita ancora la divisione. Si conosce che la membrana interna del prepuzio è stata intieramente divisa, dal suo slontanamento dal glande più facile in questo luogo, che in quello, ove non è stata intieramente divisa. Terminata questa incisione, bisogna distruggere le aderenze, ciò, che offre maggiori, o minori difficoltà.

Queste aderenze sono talvolta debolissime, ed in tal caso basta di esercitarvi sopra una leggera trazione per ricondurre il prepuzio dietro il glande; il quale si spoglia allora come un'anguilla, per servirmi dell'espressione di G. L. Petit. Questa separazione è più dolorosa, che difficile. Se l'aderenze sono più solide, e se il tessuto che unisce il glande al prepuzio non cede che pochissimo, a misura che si tirano in senso inverso queste due parti, si devono dividere colla punta del bisturino le aderenze cellulose, che le uniscono insieme. Finalmente se queste aderenze sono tenacissime, e che non cedano punto alle trazioni, è necessario di dividerle a rischio di ledere il glande, conducendosi secondo le seguenti regole: se nel dividere l'aderenze non si possono chiaramente distinguere dalle parti, che esse tengono insieme unite, bisogna dirigere il tagliente del bisturino verso il prepuzio, piuttosto che verso il glande, poichè se questa parte restasse ferita, ne risultano dei forti dolori, e un'emorragia. Se una porzione del prepuzio rimane adesa al glande, se ne separa in seguito poco a poco per mezzo della suppurazione, e non ne risulta niuna deformità, nè altro inconveniente. In quanto poi alla emorragia cagionata dalla ferita del glande, o dall'escissione di una porzione del suo tessuto, cede all' applicazione degli stuelli di fila, bagnati in un liquore astringente, come l'acqua alluminosa, ed alla compressione leggera e metodica fatta con le dita per venti o trenta minuti, e dopo questo spazio di tempo ci si può sostituire l'apparecchio, di cui parleremo in breve. Alcuni chirurghi hanno tentate in questo caso di applicare dell'allacciature su i luoghi di dove scaturiva il sangue, ma basta conoscere la struttura spongiosa del glande per comprendere quanto sia poco conveniente questo metodo.

Allorchè l'operazione del fimosi è terminata, si lascia la piaga scoperta per qualche istante, perchè ne sgorghi il sangue, e quindi si applica un piccolo piumacciolo di fila asciutte su ciascuno dei suoi labbri, che devono essere mantenuti discosti; si mette sulle fila una compressa della forma di una croce di Malta, forata nel suo centro per il passaggio dell'orina, e tutto questo apparecchio si fissa poi con una piccola fascia, che si stringe assai, da impedire lo scolo del sangue, e bisogna procurare di mantenere la verga sollevata verso il ventre stia il malato a letto, o levato. Se sopraggiunge l' emorragia qualche ora dopo l' operazione, bisogna togliere l' apparecchio, e riapplicarlo più accuratamente; ma se non nasce alcuno accidente, non si toglie l' apparecchio che dopo quattro o cinque giorni, e le medicature susseguenti si fanno con delle faldelle di fila leggermente spalmate con qualche unguento. La guarigione si effettua in quindici o venti giorni.

Alcuni autori hanno pensato che la circoncisione, o la recisione dell'estremità troppo allungata del prepuzio, come la fanno gli Ebrei ai neonati, sia preferibile all'incisione, che abbiamo descritta, poichè con quella operazione si sbarazza il malato di una porzione eccedente dì pelle, che è inutile e sovente incomoda. Ma l'esperienza dimostra che questa escissione cagiona in tutta la circonferenza del prepuzio una tumefazione infiammatoria, che lascia questa circonferenza dura, e sì poco estensibile che il glande non può esser messo allo scoperto, onde siamo costretti a squarciare longitudinalmente il rimanente del prepuzio nella sua parte superiore, conforme ho più volte osservato.

Il fimosi accidentale non ha luogo, che in quei soggetti, nei quali l'apertura del prepuzio non è assai grande da permettere di scoprire e di ricoprire facilmente il glande. Parecchie cause possono produrre questa specie di fimosi, ma la blenorragia e l' ulceri veneree sono le più ordinarie.

Se un uomo, il cui prepuzio sorpassa

di molto il glande, ed ha un' apertura molto stretta, contrae una blenorragia, la materia dello scolo soggiorna nella parte del prepuzio, che si estende al di là del glande, l'irrita, e ci determina una tumefazione infiammatoria, la quale aumenta viepiù la ristrettezza dell'apertura del prepuzio, e rende ancora più difficile lo scolo del mucco. Si rimedia a questa specie di fimosi accidentale, immergendo spesso la verga nell' acqua di malva, o nel latte tiepido, e facendo delle iniezioni con questi stessi fluidi fra il prepuzio ed il glande.

Le ulceri veneree, le quali producono il fimosi accidentale, sono situate sull'orlo dell'apertura del prepuzio, sulla sua faccia interna, o sul glande. L' ulceri, che attaccano la circonferenza dell' apertura del prepuzio sia internamente o esternamente, cagionano quasi sempre il fimosi, anche negli uomini, che non hanno alcuna naturale disposizione a questa malattia: la durezza e l'infiammazione, che ne sono la conseguenza ristringono talmente l'apertura, che non si può vedere il glande, nè l' orifizio dell' uretra. Si tratta questo fimosi con i rimedi generali e con i topici appropriati all' infiammazione e alla cura delle ulceri, ma se il malato ha naturalmente l' apertura del prepuzio troppo stretta, le cicatrici che lasciano le ulceri diminuiscono l'estensione di quest'apertura, e ne rendono i bordi meno estensibili, ciò che incomoda molto nel coito, e talvolta rende impossibile questa funzione di modo, che si è costretti di praticare consecutivamente la operazione del fimosi.

Le ulceri, che attaccano la faccia interna del prepuzio, o il glande, producono parimente quasi sempre il fimosi negli uomini, che hanno l' apertura del prepuzio naturalmente stretta. In questo caso, siccome non si possono mettere l'ulceri allo scoperto per medicarle altrimenti che riconducendo con forza il prepuzio dietro il glande, ciò, che cagiona al malato dei vivi dolori e l' espone al parafimosi, molti autori raccomandano di far subito l' operazione del fimosi in vista di poter medicare più metodicamente le ulceri messe allo scoperto. Ma nella maggior parte dei casi questa operazione è inutile, e non si rischia niente a lasciare nascoste le ulceri. Si cura il fimosi con i salassi più, o meno ripetuti, con un conveniente regime, colle bevande rinfrescanti, con i bagni generali e locali, e con i cataplasmi ammollienti. Per impedire che la sanie proveniente dalle ulceri non rimanga stagnante e non faccia risentire la sua nociva azione alle parti sane, s' inietta più volte il giorno nell' apertura del prepuzio la decozione di radiche di altea, per mezzo di un piccolo schizzetto. Con questo metodo si provoca una suppurazione abbondante, la quale dissipa poco a poco la tumefazione della parte, e fa sì che si giunga a potere scoprire il glande e l' ulceri. Ma se il prepuzio fosse naturalmente così stretto che non si potesse tirare dietro il glande, bisognerebbe contentarsi di prendere le precauzioni necessarie per impedire che la faccia interna del prepuzio non contragga delle aderenze col glande nel luogo delle ulceri. Queste precauzioni consistono nel cercare di tempo in tempo di smuovere il prepuzio, e d' iniettare nella sua apertura dei fluidi detergenti, come l' acqua d' orzo, o il vino mescolato col miele.

Vi sono per altro dei casi, nei quali si è obbligato di praticare l' operazione del fimosi, come allorquando il glande è così tumefatto e il prepuzio così teso, che quest' ultimo infallibilmente si gangrenerebbe, se non si sbrigliasse. La stessa operazione è ancora indispensabile allorchè il glande e l' interno del prepuzio, sono coperti di escrescenze esulcerate. In questi casi il metodo operatorio è lo stesso che per il fimosi di nascita; ma il luogo, ove conviene operare è subordinato a certe circostanze. Bisogna che il prepuzio sia squarciato nel luogo corrispondente alle ulceri o ai porri, e se avvi un' escara gangrenosa, dev' essere compresa nell' incisione. Noi non parleremo poi della maniera di trattare le ulceri, nè della cura generale, a cui deve sottoporsi il malato, poichè questi oggetti domandono un trattato particolare.

Allorchè s' infiltra della sierosità nel tessuto cellulare della verga e del prepuzio, questi si allunga, la sua apertura si ristringe, e si forma un fimosi accidentale. Questa infiltrazione può dipendere da varie cause, ed esistere a differenti gradi. Essa è talvolta l' effetto di un' altra malattia, come si osserva nel-

l' idrocele per infiltrazione sintomatica. Altre volte si mostra come un' affezione idiopatica, cioè indipendente da qualunque altra malattia, prodotta da delle cause, che agiscono sullo stesso prepuzio. Nel primo caso il fimosi sieroso non è riguardato come un' oggetto chirurgico. L' infiltrazione della verga e del prepuzio è sottoposta agli stessi eventi dell'infiltrazione dello scroto: se la malattia principale guarisce, l' infiltrazione di queste parti si dissipa, e nel caso contrario aumenta gradatamente, e allorchè si è obbligati di fare delle leggierissime scarificazioni nello scroto, queste sono sufficienti per sbarazzare la verga del siere, da cui è inondata, e il prepuzio ritorna nel suo naturale stato.

Il fimosi sieroso idiopatico si osserva sovente nei giovani calcolosi, i quali hanno l' apertura del prepuzio naturalmente stretta. Le trazioni, che essi esercitano sull' estremità della verga, producono l' allungamento del prepuzio, la sua infiltrazione e il ristringimento della sua apertura, i di cui bordi divengono talvolta callosi per causa del soggiorno di una certa quantità d' orina nella parte del prepuzio, che oltrepassa il glande. In alcuni individui la lunghezza del prepuzio, la sua infiltrazione e il ristringimento della sua apertura sono così considerabili, che siamo costretti per praticare il cateterismo, di fare l' operazione del fimosi.

Negli adulti, e particolarmente nei soggetti di 40 a 50 anni, che sono grassi, che sono attaccati da un vizio acrimonioso, non è raro di vedere allungarsi il prepuzio, infiltrarsi, e ristringersi la sua apertura in maniera da non potere più scoprire il glande. Negl' individui, che hanno l' apertura del prepuzio naturalmente molto ampia, questa specie di fimosi non giunge mai a un grado considerabile, e si procura quasi sempre l'assorbimento del siere per mezzo dei risolventi, tenendo nel tempo stesso la verga applicata sul ventre, e comprimendo sovente il prepuzio fra le dita. Ma in coloro, che hanno l' apertura del prepuzio piuttosto stretta, e che non possono scoprire il glande senza forzare un poco il prepuzio la più leggiera infiltrazione di questa parte, basta per impedirne la retrocessione. Sovente allora si formano sul contorno dell' apertura del prepuzio delle screpolature più o meno profonde, che rendono dolorosissimi i più piccoli sforzi per scoprire il glande, ed impediscono la copula. Questi inconvenienti non sono i soli, che resultino da questa specie di fimosi: l' umore separato dalle glandule della corona del glande soggiorna nel prepuzio, malgrado le iniezioni, che vi fanno i malati per farlo scolare; quest' umore si altera, diviene acre, irritante, e produce una flogosi abituale in queste parti; il prepuzio intanto sempre più s' ingrossa, s' indurisce e diviene scirroso. Si prevengono questi accidenti, e vi si rimedia quando si sono manifestati, praticando l' operazione del fimosi, la quale consiste allora non solamente nello squarciare il prepuzio nella sua parte media e superiore fino alla base del glande, ma eziandio nell' asportarne un lembo triangolare, e nel togliere di mezzo tutto ciò, che è indurito, e che non potrebbe sciogliersi in suppurazione.

Del parafimosi.

Il parafimosi ha luogo allorchè il prepuzio, abbandonato il glande, non può più tornare a ricoprirlo, e stringe e strangola la verga, come farebbe un' allacciatura posata su questo organo. Il parafimosi è dunque, come vediamo, l'opposto del fimosi. Alcuni autori distinguono il parafimosi in naturale e accidentale, ma il parafimosi, che essi chiamano naturale o congenito, non merita questo nome; poichè non è altro che una viziosa conformazione, nella quale il glande è scoperto, perchè il prepuzio è troppo corto, o perchè manca intieramente questo involucro, e talvolta ancora perchè il prepuzio è stato distrutto dalla gangrena, e che è stato esportato quasi intieramente nella circoncisione. Noi parleremo più sotto di questa viziosa conformazione.

Le persone, che hanno l' apertura del prepuzio naturalmente troppo stretta per permettere di scoprire e di ricoprire facilmente il glande, e quelle, nelle quali quest'apertura è accidentalmente ristretta, sono le sole esposte al parafimosi. Esso nasce in due differenti circostanze, a cui importa molto di fare attenzione; cioè, allorchè la verga è sana, e quando esistono delle ulceri veneree sul glande, o sulla faccia interna del prepuzio.

Per ben comprendere il modo, con cui

si forma il parafimosi, e i fenomeni che l'accompagnano, bisogna ricordarsi ciò che succede nel prepuzio allorchè gli si fa abbandonare il glande: a misura che si tira la pelle verso la radice della verga, le due lamine del prepuzio si scostano l'una dall'altra di modo, che allorquando il glande è rimasto intieramente scoperto, la porzione della verga, che è compresa fra la base di questo corpo, e il luogo, ove la retrazione dei tegumenti ha portato la porzione della pelle, che corrisponde all'apertura del prepuzio, è ricoperta dalla lamina interna di questo involucro, la quale forma parecchi anelli. Ciò stabilito, si comprende facilmente ciò, che deve accadere nelle persone, le quali avendo l'apertura del prepuzio troppo stretta, commettono l'imprudenza di scoprire il glande, senza ricoprirlo immediatamente. La porzione della pelle, che corrisponde all'apertura del prepuzio forma dietro il glande una specie di allacciatura, che oppone un'ostacolo al ritorno del sangue o della linfa, e determina la tumefazione del glande e specialmente della membrana interna del prepuzio. Questa tumefazione aumenta tanto più rapidamente e giunge a un grado tanto più considerabile, quanto più è forte la costrizione. Il cerchio più o meno grosso formato dalla membrana interna del prepuzio, dipende dall'infiltrazione del siero nell'adiacente tessuto cellulare, ed è lucido, ineguale e bernoccoluto. Presto questo cerchio s'infiamma insieme col glande, ma l'infiammazione giunge raramente ad un grado intenso, quando il parafimosi è sopraggiunto nello stato sano della verga. Ma non è così allorchè il parafimosi nasce in un'individuo, che ha delle ulceri veneree sul glande, mentre in questo caso, la costrizione esercitata sulla verga dal contorno dell'apertura del prepuzio è così forte, che può non solo far gangrenare il glande, ma cagionare ancora una pericolosa ritenzione d'orina. Egli è raro per altro che la gangrena si estenda al glande, ma si limita quasi sempre al cerchio, formato dalla membrana interna del prepuzio, che lo distrugge, e fa cessar così il ristringimento, e questo fenomeno si può riguardare come una guarigione naturale.

La cura del parafimosi consiste a ricondurre il prepuzio sul glande, e ciò basta per far cessare subito i dolori e gli altri accidenti; ed i mezzi, per i quali si giunge a questo intento, sono differenti, secondo lo stato della malattia. Allorchè il parafimosi è recente, in una persona, nella quale la verga è d'altronde sana, e che lo strozzamento non è considerabile, nè la membrana interna del prepuzio forma ancora il cerchio rilevato attorno la verga, si può sperare di rimettere le parti nello stato naturale servendosi delle sole dita. Per ciò fare, si fa situare il malato sul lato di un letto, e l'operatore si colloca dalla stessa parte, e dopo avere spalmato il glande con un corpo grasso, o con un bianco d'uovo, prende la verga al disotto della briglia circolare, che forma lo strozzamento coll'indice e il medio dell'una, e dell'altra mano, e tira la pelle in avanti nel tempo, che con i due pollici comprime il glande in senso contrario. Se si giunge in tal modo a ricondurre il prepuzio sul glande, il malato è bello e guarito. Ma accade sovente che tutti i tentativi sono inutili, e che dopo aver fatto soffrir molto il malato, la malattia rimane, com'era. In questo caso, se il male non è giunto a un grado considerabile, e se non è accompagnato da qualche grave accidente, si può sperare il guarirlo facendo una fasciatura compressiva sul glande, sul prepuzio e la verga, con una fascia stretta, i cui giri devono essere uniformemente serrati, e comprimendo fra le dita le parti infiltrate ogni volta, che si rinnuova la fascia. Con questo mezzo il prepuzio torna al suo posto poco a poco nello spazio di alcuni giorni. Ma se avvi dell'infiammazione, anche leggiera, questo metodo non è praticabile, e conviene procedere alla recisione del cerchio, che forma lo strozzamento. Questa operazione è soprattutto necessaria e urgente, allorchè il parafimosi è sopraggiunto in un soggetto, il cui glande è attaccato da ulceri veneree, e che gli accidenti dell'infiammazione non hanno ceduto ai salassi, alle bevande diluenti, ai bagni, ai cataplasmi ammollienti ec. Questa operazione si eseguisce nel seguente modo.

Il malato deve situarsi sul lato destro del suo letto, e il chirurgo collocatosi dall'istessa parte, tiene la verga colla ma-

no sinistra in modo, che quattro dita restino situate al di sotto, e il pollice sul glande; colla mano destra impugna un bisturino ordinario, o meglio ancora un bisturino colla lama concava, tenendolo come per tagliare di dentro in fuori e verso di se in modo, che il tagliente n'è voltato in alto, e il dorso verso il glande; egli immerge quindi la punta dello stromento sotto la briglia, che forma lo strozzamento, e abbassando il manico del bisturino e sollevando la sua punta, taglia questa briglia: nella stessa maniera egli fa due, tre e anche quattro incisioni sulla stessa briglia in altri punti, secondo il grado della costrizione della verga. Queste incisioni fanno cessare lo strangolamento e gli accidenti infiammatori, che ne risultano, e che potevano produrre la gangrena, ma esse non sono sufficienti per permettere la riduzione del prepuzio, la quale non è da sperarsi se non dopo di avere dissipata la tumefazione e l'ingorgo del cerchio rilevato e duro, formato dalla membrana interna del prepuzio, per mezzo delle scarificazioni. E quindi è che è necessario, dopo avere recisa in più luoghi la briglia che formava lo strangolamento, farvi sopra tre o quattro scarificazioni profonde nella direzione longitudinale della verga.

Allorchè il parafimosi è accompagnato da una tumefazione inflammatoria molto forte, come succede quasi sempre, quando sopraggiunge in un'individuo che ha delle ulceri veneree, dopo avere praticato le differenti incisioni, di cui abbiamo parlato, non bisogna cercare di ricondurre il prepuzio sul glande, poichè gli sforzi, che si farebbero in questa intenzione sarebbero inutili, dolorosi, e aumenterebbero gli accidenti dell' infiammazione. Bisogna limitarsi a combattere questi accidenti, e a medicare le ulceri, delle quali la guarigione sarà più facile e più pronta, che se fossero nascoste sotto il prepuzio. Quando la tumefazione inflammatoria è dissipata, e che la suppurazione avrà tolto di mezzo l'ingorgo delle parti, il prepuzio tornerà a coprire il glande spontaneamente, o sarà facile di ricondurvelo.

Ma quando il parafimosi esiste senza infiammazione, e che l'ostacolo alla riduzione del prepuzio dipende principalmente dalla grossezza del cerchio formato dall'infiltrazione sierosa della membrana interna del prepuzio, dopo avere praticato le convenienti incisioni, si deve spremere la sierosità contenuta in detto cerchio, comprimendolo fortemente colle dita, e quando è ammencito, allora si procede alla riduzione del prepuzio, secondo le regole, che abbiamo esposte di sopra. Questa riduzione richiede sovente molto tempo, e cagiona sempre dei vivissimi dolori al malato, il quale stride fortemente, specialmente se è un bambino; ma un chirurgo prudente e fermo, non si lascia imporre da questi pianti, e conforme al precetto di Celso, termina tranquillamente l'operazione nel minore spazio di tempo possibile, sapendo bene che se può giungere a ricondurre il prepuzio sul glande, non rimane ordinariamente più nulla, o quasi nulla a fare per la guarigione della malattia. Infatti allorchè la riduzione è terminata, basta di tenere la verga sollevata verso il ventre, e di docciarla più volte il giorno coll'acqua di altea e di sambuco perchè si dissipi la tumefazione del prepuzio e si cicatrizzino le piccole piaghe.

Se, al contrario poi: non si opera la riduzione del glande nel momento, le parti disenfiano difficilmente, la malattia diviene cronica, e talvolta non si giunge, che dopo molti mesi a fare questa riduzione. Si è osservato talora che il prepuzio ritirato al di là del glande, ha formato un tumore duro e considerabile, di cui è stata impossibile la risoluzione. Quando il parafimosi è divenuto cronico, se ne favorisce la riduzione, tenendo costantemente la verga sollevata e fissata sul bassoventre, involgendola in una pezza di tela inzuppata nell'acqua di calce, e comprimendo più volte il giorno fra le dita la briglia, che forma il ristringimento.

Qualche volta dopo la guarigione del parafimosi, per cui è stata necessaria l'operazione, l'apertura del prepuzio, che per l'innanzi era troppo stretta per permettere di coprire facilmente il glande, si trova allora assai grande da poterlo scoprire e coprire senza niuna difficoltà; ma altre volte, al contrario, la ristrettezza di questa apertura è aumentata dalle cicatrici delle piccole piaghe fatte al prepuzio, e si è obbligati di squarciarlo per impedire la recidiva del parafimosi.

— S'incontrano degli uomini, nei quali il glande è costantemente allo scoperto, sia perchè sono venuti al mondo senza prepuzio, o con un prepuzio molto corto, o pure perchè questa parte è stata distrutta dalla gangrena, o asportata nell'operazione della circoncisione. Questa viziosa disposizione ha l'inconveniente di diminuire la sensibilità del glande, che non è più difeso dall'esterne impressioni dal suo naturale involucro; ma questo inconveniente non è un sufficiente motivo per eseguire l'operazione, per mezzo di cui gli antichi credevano di poter rimediare a questa cattiva conformazione. Questa operazione descritta da Celso, era differente secondo che il prepuzio mancava per vizio di conformazione, o che era stato asportato per mezzo della circoncisione.

Nel primo caso si stendeva la pelle vicina al glande finchè non lo copriva, poi si fissava questa pelle con un filo al di là dell'estremità del glande. S'incideva circolarmente la pelle verso la parte superiore della verga, colla precauzione di non offendere nè l'uretra, nè i vasi che serpeggiano sul dorso della verga, nè i corpi cavernosi: fatto questo, si riconduceva dolcemente la pelle verso la legatura, lasciando un vuoto circolare nel luogo dell'incisione. Si applicavano delle fila fra le labbra della piaga, a fine di lasciarvi rinascere la carne, che riempiva il vuoto circolare, e permetteva alla pelle di prestarsi a sufficienza per ricevere il glande. Si teneva sempre legato il prepuzio, finchè la cicatrice non si era formata, procurando di lasciarvi solamente una piccola apertura per il passaggio dell'orina. Questa operazione è stata obliata e non senza ragione, poichè si aveva un bell'allungare la pelle al di là del glande, ma non si poteva mai giungere a darle la conformazione, che è naturale al prepuzio, come se ne convinse G. L. Petit, il quale dopo avere eseguito questa operazione colle precauzioni indicate da Celso, nè concepì le più belle speranze, ma esse svanirono ben presto. A misura che si formava la cicatrice, diminuiva l'intervallo denudato di pelle; il prepuzio artificiale essendosi gonfiato, formava un cerchio che non cedeva punto all'estensione; e finalmente il luogo dell'incisione rimase come strangolato da una cicatrice dura in modo, che il rimedio divenne peggiore del male.

A coloro poi che erano stati circoncisi, staccava circolarmente la pelle dalla radice del glande collo scalpello; operazione, che Celso pretende che non sia molto dolorosa, perchè si può colla mano far rimontare fino alla radice della verga la pelle così staccata, senza grande effusione di sangue. Indi ritiravano questa pelle in basso, finchè venisse a coprire il glande, e dopo aver fatto sulla parte delle fomente con acqua fredda, l'involgevano in un' impiastro, atto a moderare l'infiammazione. Nei giorni susseguenti non permettevano al malato alcun' alimento, finchè non si sentiva mancare, per così dire, per sfinimento, per timore che il nutrimento non risvegliasse l' appetito venereo. Allorchè l' infiammazione si era dissipata, si fasciava la verga dalla sua radice fino alla corona del glande. Questi poi era ricoperto circolarmente con uno impiastro, la cui materia medicamentosa era voltata verso il prepuzio. Per questo mezzo la pelle si agglutinava al corpo della verga, e quella che ricopriva il glande si cicatrizzava senza contrarre dell' aderenze con esso.

Malgrado ciò, che ne dice Celso, quest' operazione doveva essere dolorosissima. Frattanto gli storici narrano che sotto gl' Imperatori non era raro di vedere a Roma degli Ebrei, che ci si sottomettevano in vista di cancellare le vestigia della loro origine, e di esentarsi dagli esorbitanti tributi imposti a questa nazione, i quali si esigevano da essa ancora con maggior rigore, che dagli altri.

Vi sono degl' individui, nei quali il prepuzio non manca intieramente, ma la porzione che n' esiste è loro più incomoda, che se non ne avessero punto. G. L. Petit ha avuto parecchie occasioni di osservare questa viziosa conformazione. Un giovine maritato di recente andò a consultarlo sopra un caso di questa natura. Tutte le parti laterali e inferiori del prepuzio erano in esso mancanti, e la porzione esistente cadeva sul glande, e lo sorpassava di un dito trasverso: questa pelle pendente era larga un pollice nella sua base, e terminava in cilindro come una seconda verga, la quale quantunque piccola e senza erezione, l' incomodava molto nel coito. Il lembo fu

asportato, e questo giovine si trovò ben presto in stato di sodisfare senza la minima difficoltà ai doveri conjugali. In un' altro caso, un lembo presso a poco simile, ma disposto in cerchio, si sarebbe potuto asportare, ma l' individuo non volle sottoporsi a questa leggiera operazione.

Vi è un' altro vizio di conformazione, in cui il prepuzio è diviso, e rassomiglia al labbro leporino. Questa conformazione è rarissima, e fuori di G. L. Petit non conosco altro autore, che ne abbia parlato. Questa divisione contro natura del prepuzio può esser completa, cioè, può comprenderne tutta la lunghezza dal suo orifizio fino alla corona del glande, o pure essere parziale, e non occupare per esempio, che un terzo, o la metà della sua estensione; può estendersi lungo la linea mediana, o lungo uno dei lati di essa.

Quando questa divisione del prepuzio è incompleta, non impedisce le funzioni della verga, e non esige alcun' operazione. Ma non è lo stesso allorchè è completa, mentre in questo caso rende sovente difficile e dolorosa per l' uomo e per la donna l' introduzione della verga nella vagina. Il prefato Petit consiglia di condursi in questa circostanza come per il labbro leporino; di asportare, cioè, una porzione di ambedue i bordi divisi, e di mantenerli poscia a contatto con dei punti di sutura, per procurarne l'adesione. In questo caso vi è la sola differenza, che la riunione non deve succedere in tutta la lunghezza della divisione, come nelle labbra, poichè un fimosi succederebbe probabilmente a questa completa riunione; ond' è che bisogna limitarsi a riunire i bordi per la metà della loro estensione, dalla parte che corrisponde alla corona del glande. E bisogna ancora, prima di procedere a questa operazione, assicurarsi se il prepuzio è assai lungo per coprire bene il glande, e per scivolare facilmente su di esso. Credo appena necessario di soggiungere, che non si devono rinfrescare i bordi del prepuzio che per la sola estensione, in cui devono essere riuniti. Petit dice di avere praticata una volta questa operazione, ma ci lascia ignorarne il successo.

Un giovane, il quale aveva subito la operazione del fimosi, per cui il glande era rimasto allo scoperto, si trovava incomodato dalla confricazione della sua camicia su questa parte, e contro le labbra della fenditura del prepuzio. Egli consultò Fabrizio d' Acquapendente intorno i mezzi di ricoprire il glande, onde difenderlo da queste confricazioni, e questo celebre chirurgo gli consigliò l' operazione, di cui ho parlato, ma non dice per altro se fu eseguita. Bertrandi assicura che un chirurgo suo amico a Parigi, avendo praticato quest' operazione, ebbe il dispiacere di vedere strapparsi i punti della sutura, per cagione di un priapismo, che sopraggiunse al malato. Gl' inconvenienti che risultano dalla divisione del prepuzio congenito, o accidentale che sia, sono così leggieri, e il successo dell'operazione, per cui si cerca di rimediarci è così incerto, che un chirurgo prudente non la consiglia giammai. Se questa viziosa disposizione del prepuzio rendesse l' atto della generazione difficile e doloroso, noi siamo di parere che sarebbe meglio asportare da ciascun lato un lembo triangolare del prepuzio, invece di praticare l' operazione consigliata da Fabrizio d' Acquapendente e da G. L. Petit.

— L' eccessiva lunghezza del frenulo della verga è un' altro vizio di conformazione, che s' incontra assai spesso. Allorchè questa ripiegatura della membrana interna del prepuzio si prolunga in avanti fino presso l' orifizio dell' uretra, rende doloroso il movimento, per cui si scopre il glande, e talvolta anche l'erezione è accompagnata da un tiragliamento assai incomodo, per cui la verga è obbligata a curvarsi in basso: il coito pure è sempre doloroso, e sovente anche impossibile, e l' ejaculazione dello sperma può rimanere disturbata da questa viziosa disposizione. Questo liquido in vece di essere lanciato verso l' orifizio dell'utero, si dirige contro le pareti della vagina, ciò che può nuocere alla generazione. Succede talvolta che il frenulo si strappa in una forte erezione, o nel coito, ma il più di sovente è necessario di ricorrere al ferro tagliente, ed ecco come si pratica questa piccola operazione.

Il malato essendo assiso o sdrajato sulla sponda destra del suo letto, il chirurgo si situa alla sua destra, scopre il glande, lo prende, lateralmente col pollice e l'indice della mano sinistra, nel tempo che

un' aiuto tende il frenulo tirandolo in basso e un poco indietro; il chirurgo immerge allora in questa ripiegatura, da destra a sinistra un bisturino stretto, il cui dorso è voltato in dietro, e facendo agire nel tempo istesso lo strumento di dietro in avanti, taglia tutta la porzione del frenulo compresa fra il suo bordo libero e il luogo, ove il bisturino è stato immerso. Alcuni chirurghi praticano questa operazione colle cisoie, ma il bisturino è preferibile, perchè non si ha da temere che il frenulo fugga davanti questo strumento, e che si debba fare l'operazione in due tempi. Fatta la sezione, si medica la piccola piaga, che ne risulta con delle fila asciutte, e in seguito, con un piumacciolo spalmato con cerato. Si deve procurare di mantenere il prepuzio dietro il glande fino a che non si è operata la cicatrizzazione, altrimenti i bordi della piaga invece di cicatrizzarsi separatamente, potrebbero riunirsi in parte, o intieramente, e così mancherebbe il successo dell' operazione. La necessità di lasciare il glande costantemente scoperto fino all' intiera guarigione della piaga, porta seco l' altra di dovere squarciare il prepuzio, allorchè la sua apertura non è abbastanza grande, da permettere al glande di traversarla liberamente, poichè se si omette quest' operazione, il malato rimane esposto al parafimosi.

Dell' Ipospadia.

La greca parola *Ipospadie*, designa un vizio di conformazione della verga, in cui l'orifizio dell'uretra non si trova direttamente nella estremità del glande. L'ipospadia si presenta sotto differenti aspetti, per cui se ne distinguono tre specie. Nella prima l'uretra non si prolunga fino all'estremità del glande, ma termina e si apre alla radice del frenulo del prepuzio nel luogo, che corrisponde alla fossa naviculare. Nella seconda specie l'uretra si apre presso l'origine dello scroto, o in un punto intermedio fra questo involucro e il glande. Nella terza lo scroto è diviso in mezzo longitudinalmente come una vulva, nel fondo della quale si apre l'uretra.

La prima specie d'ipospadia non è rara. L' uretra non si prolunga fino all' estremità del glande, il quale è imperforato, ma termina alla fossa naviculare, e si apre nella parte inferiore del glande con un'orifizio ovale, di cui varia la grandezza, ma che è sempre abbastanza largo per dar passaggio all'orina e al liquor seminale. Questa apertura è circondata da una pelle sottile, e la sua circonferenza rassomiglia a una cicatrice depressa, come se in qualche luogo ci fosse un ulcera; l'orina ne esce a getto, che si dirige in avanti quando si tiene la verga sollevata. Avvi alcune volte due aperture, una all'estremità del glande, l'altra alla fossa naviculare, ma esse non comunicano insieme, e l'orina esce solamente da quella, che è alla base del glande. Il frenulo della verga e la parte inferiore del prepuzio che gli corrisponde, sono mancanti. Qualche volta il glande è un poco curvato in basso nel tempo dell'erezione, ciò, che imbarazza la copula, senza però impedirla assolutamente. Gli uomini così conformati sono stati riguardati da parecchi autori, come incapaci a generare, ma l'esperienza dimostra il contrario. Fabbrizio d'Acquapendente racconta di avere conosciuto degli uomini, che hanno reso feconde le loro spose, quantunque avessero imperforata l'estremità del glande (1). Si legge nell'Efemeridi dei curiosi della natura, che un'uomo, il quale aveva questo vizio di conformazione, ebbe parecchi figli dalla sua moglie (2), e molti autori hanno atteso parecchi altri fatti di questa natura. Per altro bisogna convenire che questo stato vizioso, impedendo al liquor seminale di essere lanciato direttamente verso il collo dell'utero, può nuocere alla facoltà generativa, se non la distrugge intieramente: ma l' ostacolo che può recarvi non è abbastanza grande per autorizzare le operazioni, che sono state proposte per rimediarvi. Alcuni hanno consigliato di traforare il glande dalla sua estremità fino alla cavità dell'uretra con una lancetta, o con un trequarti, e di situare nell' apertura artificiale una cannula, da rimanervi fissamente, finchè le pareti di questa apertura fossero cicatrizzate, procurando nel tempo stesso di chiudere quella, situata al di sotto del glande cauterizzandola e facendola suppurare. Al-

(1) *De Chir. Oper. Cap.* 69.
(2) *Efemer. N. C. Dec. an.* 3. *Oss.* 98. *p.* 135.

tri hanno proposto di squarciare il glande dall'apertura della sua base alla sua estremità a una sufficiente profondità da permettere di situarvi una cannula, e di rapprossimare i bordi della piaga, onde ottenere la riunione. Basterà di avere accennati questi progetti di operazioni, per farne sentire gl' inconvenienti e l'insufficienza: d'altronde la loro inutilità è dimostrata dall' esempio delle persone, le quali, come abbiamo detto più sopra hanno generato dei figli, quantunque avessero questo vizio di conformazione nella verga. Per altro questa specie di ipospadia è talvolta accompagnata da una circostanza, che rende inabili alla generazione, e consiste nella curvatura della verga in basso nel tempo dell' erezione, sia che questa curvatura dipenda dalla sua aderenza collo scroto, o dall' essere l'uretra meno lunga dei corpi cavernosi, o pure da una viziosa organizzazione di questi corpi, che non permette alla cellula della loro parte inferiore di empiersi di sangue e di gonfiarsi. Qualunque sia pertanto la causa di questa curvatura, l'arte non possiede alcun mezzo di rimediarvi, e l'individuo è impotente, perchè non può introdurre la verga nella vagina. Allorchè la curvatura dipende dall'aderenza della parte inferiore della verga collo scroto, si potrebbe supporre che distruggendo queste aderenze col ferro, fosse possibile di raddrizzare la verga; ma G. L. Petit riporta un caso, in cui questa operazione fu fatta senza successo. Affinchè riuscisse, bisognerebbe che la verga rimanesse nell'erezione dal principio, fino al termine della cura; ciò che è impossibile. Del rimanente è probabile che in questo caso l' unione della verga collo scroto non fosse la sola causa della curvatura di quest'organo, perchè Petit, che assistè a questa operazione, che egli non volle eseguire, dice che la verga, quantunque esattamente separata dallo scroto conservò la sua curvatura, nè potè mai raddrizzarsi.

Nella seconda specie d'ipospadia, l'uretra si apre nella parte inferiore della verga, immediatamente davanti lo scroto, o in un punto intermedio fra esso e la base del glande. La verga non è giammai nè così lunga, nè così grossa come nello stato naturale, ed è più, o meno curvata in basso. È stato osservato un caso, in cui esistevano nella faccia inferiore di quest' organo, lungo l' uretra, due aperture con i bordi callosi, e che ciò nonostante si costringevano come gli sfinteri.

Una di queste aperture era vicina al glande, e aveva cinque o sei linee di diametro: l' altra, che era più vicina allo scroto, era ancora più larga; e ambedue davano un libero passaggio all' orina. Il glande era imperforato, e l'estremità dell'uretra otturata da una specie di membrana, che protuberava all'infuori allorchè l'individuo rendeva l'orina per le due aperture, di cui si è parlato (1). In questa specie d'ipospadia il frenulo non esiste, come pure manca la parte inferiore del prepuzio; e ciò che esiste di questa ripiegatura, rassomiglia al prepuzio del clitoride: qualche volta ancora il prepuzio manca intieramente, e il glande è completamente allo scoperto. Si osserva un solco, o una specie di doccia, che si estende dall'apertura dell'uretra fino all'estremità del glande. La larghezza di questa doccia è varia: in un caso osservato da Morgagni e Vallisnieri, e di cui quest'ultimo ha dato la descrizione nell'Efemeridi dei curiosi della natura (2), era formata dalla metà superiore dell'uretra. La sua superficie era liscia e lucente. Allorchè il soggetto di questa osservazione orinava sollevando un poco la verga, l' orina percorreva la doccia rapidamente, e formava un getto presso a poco come se questa doccia fosse stata chiusa come un canale, di modo che il giovine poteva orinare contro un muro. L' influenza di questa specie d'ipospadia sulla facoltà di generare è subordinata al luogo della verga, ove si trova l'apertura dell'uretra, e alla profondità della doccia, che la sorpassa. Allorchè il punto della verga, ov'è situato l'orifizio esterno dell'uretra entra sufficientemente nella vagina, e che la doccia, che si estende da questo orifizio fino all'estremità del glande ha molta profondità, questo vizio di conformazione non può essere riguardato, come un segno di assoluta impotenza, allorchè la verga è ben conformata d'altronde, e che nell'ere-

(1) *Mem. della Socet. Med. di Emul. an.* 4.° *p.* 333.
(2) *Cent.* 9. *Oss.* 72.

zione essa acquista la lunghezza e la conveniente grossezza per la copula. In fatti, in quest'atto la parete inferiore della vagina applicandosi contro la doccia dell' uretra, forma di un mezzo canale, un canale intiero, per cui la materia prolifica è portata direttamente verso il collo dell' utero. È in questo modo che Morgagni e Villasnieri spiegano come il giovane da essi osservato, potè ingravidare una fanciulla, colla quale voleva maritarsi, e che sposò difatti, allorchè la di lei gravidanza fu fuori di dubbio. Ma quando l'apertura dell'uretra occupa un luogo della verga, che non può penetrare nella vagina, la fecondazione è necessariamente impossibile. Egli è certamente superfluo di fare osservare, che la chirurgia non può far niente contro questo vizio di conformazione.

Ma non è però l' istesso di un' altro stato dell' uretra, che ha della analogia con questa seconda specie d'ipospadia, non differendone in altro che riguardo all'uretra, che essendo perforata al perineo, si continua fino all'estremità del glande, la cui apertura è otturata da una membrana. Questo vizio di conformazione è estremamente raro, non conoscendosene altri esempi che quello, che è stato osservato da Marestin, chirurgo primario dello spedale dell'Isola di Oleron, e che si trova consegnato nella raccolta periodica della Società di medicina, tom. VIII. p. 116. Un tale Schmit, si racconta ivi, fuciliere, dell' età di 34 anni, portava fino dalla nascita una perforazione nell'uretra situata nel perineo, per cui usciva l'orina e il liquor seminale. Il glande era imperforato. A fine di venire in chiaro sulla natura di questo vizio di conformazione, Marestin introdusse per l'apertura uno specillo bottonato, che diresse indietro, e lo fece penetrare senza difficoltà nella vescica. Portando in seguito lo stesso strumento nella parte anteriore dell'uretra, giunse fino all' estremità del glande, che era perclusa da una membrana grossa quanto una moneta di un paolo. Riconosciuto così questo vizio, Marestin si decise a operare.

Il malato fu posto nella situazione medesima, che per l'operazione della pietra: quindi Marestin, per mezzo di uno specillo bottonato introdotto nell'uretra, sollevò la membrana, che chiudeva il glande, e vi fece un'apertura simile a quella, che ci esiste naturalmente, fissando egli poi la sua attenzione sull' apertura contro natura esistente al perineo, ne rinfrescò i bordi, introdusse nella vescica una siringa d'argento a S, e mantenne i labbri della divisione a contatto con una sutura attorcigliata, simile a quella che si usa per il labbro leporino. In capo a sei giorni la cicatrice parve completa, e furono tolti gli aghi. Ma la siringa, che era rimasta in vescica fino a questo momento, non potè essere estratta senza vivi dolori, e senza strappare una porzione della cicatrice ancor non ben consolidata, e questi accidenti furono cagionati da delle incrostazioni, che si erano formate attorno l' estremità della siringa. Fu introdotta una nuova siringa, e col soccorso di due salassi, di una dieta severa, dell' uso delle bevande diluenti nitrate, e delle fomente ammollienti, la cicatrice si consolidò completamente, e non rimaneva altro disordine, che un ristringimento dell'uretra nel luogo della cicatrice, il quale cedè col tempo all'uso delle candelette.

Nella terza specie d'ipospadia, lo scroto è diviso in due parti uguali l'una a destra, e l'altra a sinistra, in modo che rappresenta assai bene le labbra della vulva; ma dilatandole, non si osserva nei due lati alcuna inuguaglianza, nè alcuna delle parti, che caratterizzano il sesso della donna, come la clitoride, le ninfe, e l' apertura della vagina. Nella parte inferiore di questo solco presso l'ano, si trova l'orifizio dell'uretra, o il meato orinario, e l'uretra manca da questa apertura fino all'estremità della verga. Questa parte, situata al di sopra dello scroto è più, o meno grande, e bene o male configurata: il glande si trova talvolta ben conformato, ma imperforato, simile a presso a poco a una clitoride di un eccessivo volume. In alcuni non esiste nè il frenulo, nè il prepuzio. Si distingue ordinariamente nella grossezza di ciascuna delle due parti, in cui è diviso lo scroto, il testicolo di vario volume, e che è più, o meno vicino all' anello inguinale. L'escrezione dell'orina succede come nelle donne. La maggior parte degl' individui, che nascono con questo vizio di conformazione sono battezzati ed educati come le ragazze, e ne portano

il vestiario fino al momento, in cui cominciando a provare gli effetti della loro qualità d'uomini, un più scrupoloso esame fa riconoscere il vero sesso, e la loro imperfezione, per cui sembrano, per così dire, uomini mancanti. Talvolta sono stati presi per ermafroditi, ma si sa che gli ermafroditi propriamente detti, non esistono. Giammai sono stati visti degl'individui della specie umana con dei caratteri distintivi dell'uno e dell'altro sesso, godendo della doppia facoltà di generare e di concepire. Sarà egli necessario che io dica, che l'arte chirurgica non possiede alcun mezzo per rimediare a questa terza specie d'ipospadia, e che i soggetti così conformati sono inabili alla generazione?

— Avvi ancora un'altro vizio di conformazione molto più raro, in cui l'uretra in vece di essere situata nella parte inferiore della verga, come nello stato naturale, si trova al contrario sul dorso di questo organo, fra i due corpi cavernosi. Si trovano negli autori parecchi esempi di questo cambiamento di posto del canale dell'uretra. Ruischio (1) è, come credo, il primo che l'abbia osservato. Nella descrizione anatomica, che egli dà delle parti genitali di un bambino, dice: l'uretra, che si trova tra i due corpi cavernosi nella faccia inferiore della verga in un soggetto ben conformato, *era situata sul dorso di quest'organo*. Saltzmann (2) ha osservato questo vizio di conformazione in un giovinotto campagnuolo, dell'età di 22 anni. L'uretra si apriva sul dorso della verga: nel suo egresso di sotto dell'arcata del pube, era intiera e formava un canale come all'ordinario, ma dopo aver traversato quest'arcata, degenerava in una doccia, che si estendeva su tutta la lunghezza della verga in una specie di solco, formato dall'addossamento dei due corpi cavernosi, e si continuava sulla faccia superiore del glande fino alla sua sommità. La verga era più corta, ma più grossa che nello stato naturale, e leggermente curvata in basso, e l'idee erotiche non la facevano quasi punto ingrossare. Il glande era di un considerabil volume rapporto al rimanente del pene, ed era quasi diviso in due dal prolungamento della superficie solcata. L'orina non veniva fuori a getto con impetuosità, ma veniva lentamente lungo questo solco, senza divergere, nè sparpagliarsi. Saltzmann consultato per sapere se questo giovinotto poteva maritarsi, giudicò con ragione che non era abile alla generazione. Morgagni (3) narra un fatto analogo, che gli era stato comunicato da G. Giannella; ma quivi il semicanale non si estendeva che sopra una porzione del dorso della verga verso la sua base. E ciò, che si osservava ancora di particolare in questo caso, era la larghezza di questa doccia alla sua origine. Dietro un'esame superficiale, era stata presa per la vulva di una donna, ed aveva fatto riguardare questo individuo come un'ermafrodito. Chopart, racconta nel suo Trattato delle malattie delle vie orinarie, di avere veduto un ragazzo di 11. anni, che aveva l'uretra situata al di sopra dei corpi cavernosi: il canale si apriva presso la sinfisi del pube, e l'orina ne usciva a getto dalla parte del ventre; l'uretra nel rimanente della sua lunghezza formava una doccia rossastra, che terminava sopra una sostanza carnosa in forma di glande schiacciato, e diviso per la metà della sua grossezza.

Malattie della verga.

La verga è soggetta alle piaghe, alla infiammazione, ai tumori, all'ulceri, al cancro ec.

Delle piaghe della verga.

La verga è esposta come le altre parti del corpo, all'azione dei corpi vulneranti. Le piaghe di quest'organo differiscono in ragione della natura dello strumento, che le ha fatte, e delle parti interessate. La ferita del pene, fatta da un corpo contundente è prontamente seguita da una enchimosi tanto più estesa, quanto più la rilasciatezza del tessuto cellulare sottocutaneo di questa parte, permette al sangue d'infiltrarvisi, e di spargervisi. Il volume della verga aumenta considerabilmente, e la pelle acquista un colore nerastro, che potrebbe far temere la gangrena a coloro, che non hanno avuto

(1) *Thesaurus Anat.* 31 *Osser.* 2 *N.° p.* 16.
(2) *Act. Nat. Cur. T.* 4 *Obs.* 65 *p.* 249.
(3) *De sed. et caus. Morb. Epis.* 67 *art.* 6.

occasione di osservare questa specie di lesione. I topici risolventi bastano ordinariamente per facilitare il riassorbimento del sangue infiltrato.

Le piaghe della verga, fatte da strumenti perforanti sono raramente accompagnate da accidenti, e non presentano alcuna indicazione particolare. Per altro se i nervi, che si distribuiscono alla faccia superiore dei corpi cavernosi, fossero interessati nella piaga, potrebbero risultarne dei sintomi infiammatori, che bisognerebbe combattere con i rimedi antiflogistici generali e locali.

Le piaghe della verga risultanti da strumenti taglienti, allorchè si limitano ai tegumenti, devono riunirsi con cerotti agglutinativi, e la loro guarigione è, generalmente, pronta e facile. Le ferite, nelle quali è interessata anche l'uretra, esigono l'introduzione di una siringa di gomma elastica nella vescica, ove va tenuta fissa fino alla completa cicatrizzazione della piaga, mentre, senza di questa precauzione si formerebbe una fistola orinaria. Quando il corpo cavernoso è compreso nella soluzione di continuità, se la ferita è longitudinale, si deve riunire, esercitando una compressione circolare intorno la verga, con un cerotto agglutinativo, dopo avere situato nell' uretra una siringa di gomma elastica, la quale assicurerà un libero corso all' orine, e somministrerà un punto di appoggio alla compressione. Questa compressione basterà per arrestare l'emorragia, ma ciò nonostante converrà di usare sussidiariamente dei topici astringenti, come l' acqua di Rabel, convenientemente allungata, o l'acqua alluminosa.

Se il corpo cavernoso è diviso in traverso in una gran parte della circonferenza della verga, e ad una considerabile profondità, sarà più difficile di riunire la piaga; e avanti di procedere alla sua riunione, converrà allacciare le arterie del dorso della verga, e quelle ancora del corpo cavernoso, se sono divise. Quindi, dopo avere introdotto una siringa di gomma elastica di grosso calibro nell' uretra, si farà la riunione della ferita con delle strisce di cerotto agglutinativo, inclinando la verga dal lato della ferita, e mantenendola in questa situazione con una conveniente fasciatura. Del rimanente, siccome in tutti i casi di piaghe del corpo cavernoso, niente sarebbe più proprio a favorire l'emorragia, e ad opporsi alla riunione della ferita, quanto l'erezioni della verga, bisogna evitare con gran cura tuttociò, che potrebbe risvegliarle. Se il corpo cavernoso non è diviso che in una porzione della sua estensione, si può sperare di ottenere la riunione della ferita, e di conservare la verga. Ma se questo corpo è diviso intieramente, insieme con una porzione della circonferenza dell'uretra, come nel caso riportato dal Pallucci (1), è quasi impossibile la riunione della ferita, specialmente quando sopraggiungono degli accidenti infiammatori; ed allora si è obbligati di terminare l' amputazione del pene.

Allorchè la verga è stata intieramente recisa da uno strumento tagliente, se uno è chiamato presso il malato subito dopo quest'accidente, bisogna condursi come nell'amputazione di quest'organo, cioè a dire, bisogna allacciare l'arterie, introdurre una siringa di gomma elastica nella vescica, e medicare la piaga con fila asciutte, sulle quali si adattano delle compresse alquanto lunghe, che si fissano mediante una fasciatura a doppio T. L' uso della siringa dev' essere continuato fino alla completa guarigione della piaga, onde prevenire il ristringimento dell' orifizio dell' uretra. Ho veduto un uomo, a cui la sua moglie, acciecata da un' eccesso di furibonda gelosia, avea tagliato la verga nel tempo, che dormiva. Esso si era medicato da se, e la piaga guarì, ma alla fine di 18 mesi in circa, l' orifizio dell' uretra era talmente ristretto, che si poteva a pena introdurvi un sottilissimo specillo, per cui quest' uomo orinava colla più gran difficoltà. Bisognò ingrandire quest' apertura col bisturino, e tenerla dilatata per mezzo di una siringa di gomma elastica. Dopo due mesi di uso costante della siringa, il malato orinava liberamente e a grosso getto; ma siccome io temeva l' ulteriore ristringimento dell' estremità dell' uretra, gli raccomandai di tornare a far uso della siringa di tempo in tempo. Questo con-

(1) *Osservazioni sulla separazione del Pene, in seguito delle sue nuove osservazioni sulla Litotomia, p. 247 e seg.*

siglio fu trascurato, e l' uretra si ristrinse di nuovo, onde bisognò tornare a far uso della siringa, cominciando dalle più sottili, e andando sempre crescendo fino a quelle del più grosso calibro. Egli se ne servì sotto i miei occhi per lo spazio di due mesi e mezzo, e in appresso lo perdei di vista, nè so cosa ne sia accaduto.

— Noi termineremo quest' articolo con alcune osservazioni sulla compressione circolare della verga, fatta da anelli, o altri corpi analoghi. Questa compressione è stata osservata in un certo numero di casi in degl' individui, i quali guidati da motivi inesplicabili, avevano infilata la verga in anelli metallici. In capo di un breve spazio di tempo, la verga si è gonfiata fra il glande e il luogo compresso, e talvolta ancora fra questo luogo e il pube di modo, che in alcuni casi lo strumento della compressione si è trovato nascosto, attesa la tumefazione dei tegumenti, ciò, che rendeva molto difficile la sua estrazione, ed in qualche caso è rimasta per fino occulta con esso la singolar causa di questa tumefazione. L'infiammazione dei tegumenti della verga, la loro gangrena, e la ritenzione dell' orina sono state le ordinarie conseguenze di questa compressione, continuata per qualche tempo. Si è veduto ancora lo scroto e i testicoli impegnati nell' anello insieme colla verga, e tutte queste parti erano spogliate dei loro tegumenti dalla gangrena.

La condotta da tenersi quando siamo consultati per accidenti di questa specie, non è dubbiosa; bisogna liberare le parti dalla compressione, che soffrono. Se il corpo che le stringe gode di qualche mobilità, conviene procurare di tirarlo via, dopo avere unta la verga con un corpo grasso, e procurando di leggiermente comprimerla. Ma per poco che s' incontri della difficoltà a liberarla dal corpo straniero, è meglio romperlo sul luogo stesso, che di contundere fortemente i tegumenti, specialmente quando sono già infiammati. A tal uopo bisogna tagliarlo con cesoie molto resistenti, o romperlo con due piccole morse a vite, o meglio limarlo, dopo avere introdotto fra esso e i tegumenti una sottilissima sbarra di legno, affinchè la lima non possa offendere le parti molli.

Allorchè l' anello, che comprimeva la verga è stato levato, si combatte l' infiammazione, cui ha dato luogo, applicandovi sopra dei risolventi, come l' acqua vegeto minerale, l' acquavite canforata, se l' infiammazione è leggera, o se non avvi che una semplice contusione; ma se l' infiammazione è forte, occorrono gl' impiastri ammollienti. Finalmente, se i tegumenti sono gangrenati in uno, o più luoghi, si deve far uso dei topici propri a favorire la separazione dell' escare.

La ritenzione d' orina prodotta dalla compressione della verga, resta, ordinariamente, dopo tolto il corpo comprimente. Alcune volte per altro la ritenzione persiste, e allora bisogna introdurre una siringa nella vescica. Noi osserveremo ancora che nei casi, nei quali una considerabile porzione dei tegumenti della verga è caduta in gangrena, il chirurgo deve mantenere in vescica una siringa inflessibile, a fine di prevenire o di diminuire la curvatura della verga, che è molto da temersi in questi casi.

Dell' infiammazione della verga.

I corpi vulneranti e contundenti non sono le sole cause della infiammazione della verga: questa infiammazione può nascere spontaneamente, o per effetto di cause interne, ordinariamente poco cognite. La tumefazione, la tensione, il dolore, il calore e il rossore caratterizzano l' infiammazione del pene: la difficoltà di orinare e la stessa ritenzione d' orina, ne sono talvolta la conseguenza, e si osserva un trasudamento muccoso nell' estremità della verga. In molti casi l' infiammazione è limitata ai tegumenti, e n' è illeso il tessuto spongioso dei corpi cavernosi. Questo fenomeno si osserva particolarmente allorchè una blenorragia diviene molto intensa, o che un' eresipela si estende dalle parti vicine al pene. In alcune rare circostanze tutte le parti, che compongono la verga sono simultaneamente infiammate.

Questa infiammazione, il cui corso è quasi sempre acuto, termina ordinariamente, per risoluzione. Talvolta per altro si formano dei piccoli ascessi, specialmente fra le due lamine del prepuzio.

È raro che l' infiammazione della verga termini in gangrena, e quando ciò succede, la mortificazione è quasi sempre

limitata ai tegumenti. Sovente questa gangrena, della pelle, ha fatto credere che fosse gangrenato tutto il corpo del pene; errore, che in qualche caso è nato dall'avere osservato molte grosse l'escare, che si erano staccate dalla verga, e molto diminuito il volume del corpo cavernoso e del glande. Dopo la guarigione ha fatto però molta maraviglia di ritrovare la verga, che si credeva distrutta, e si è creduto alla riproduzione di quest' organo. Ma basta di riflettere al corso ed ai fenomeni della malattia, per rilevare l'erroneità di questa opinione.

Qualche volta frattanto la gangrena guadagna tutte le parti della verga per i progressi di una violenta infiammazione, determinata dal virus venereo, o da una particolare disposizione. Foresto cita l'esempio di una gangrena di questo genere (*Observ. et Cur. Med. lib. XXVI. obs. VI*). Tali furono i progressi del male, che la verga si staccò spontaneamente in uno stato di sfacelo, e fu trovata in un cataplasma, che era stato applicato sulla parte. La gangrena può essere più indirettamente la conseguenza del male venereo: e ciò accade quando l'individuo già malato di una blenorragia, è attaccato in seguito da una febbre adinamica o atassica, e che si opera una specie di metastasi critica sul membro virile, dove la materia morbifica sembra avere molta tendenza, atteso lo stato d'irritazione, che vi esiste. Tali sono gli esempi, che andiamo a riportare.

Un giovine di 20 anni, fu trasportato allo Spedale della Carità, essendo malato di una febbre adinamica. In capo di alcuni giorni fu osservato che egli aveva il prepuzio un poco infiammato, e vi feci applicare delle pezzette inzuppate nell' acqua di sambuco mista ad un poco di acqua vite; l'infiammazione fece dei rapidi progressi e il rossore porporino della pelle annunziava un' imminente gangrena. Non tardò, infatti, a formarsi un'escara gangrenosa nella parte superiore del prepuzio, sulla quale avendo praticato un' incisione, n' usci una gran quantità di sierosità putrida. L'uso dei più potenti antisettici non impedì alla gangrena di far dei progressi, e si estese fino al di là della metà della verga, ove si arrestò: l'escare si staccarono, e una porzione del glande e del corpo cavernoso rimasero distrutti; le pareti dell' uretra caddero anch' esse in parte, e rimase una piaga di estesissima superficie inuguale, nella quale il passaggio dell' orine e le medicature risvegliarono un fortissimo dolore. Quando lo stato del malato fu megliorato, fu trasportato in una delle sale destinate per le malattie chirurgiche. In questo stato di cose, l'amputazione della porzione del corpo cavernoso e del glande, lasciato a nudo dalla caduta dell' escare, mi parve il solo mezzo capace di far cessare i vivi dolori, che occasionavano il passaggio dell' orine e le medicature; e la praticai con pieno successo.

Allorchè il malato ebbe ricuperata la cognizione, che aveva perduto durante il corso della febbre, ci confessò che egli aveva contratta una blenorragia qualche tempo innanzi la sua malattia; di modo, che è probabile che l'irritazione cagionata dalla blenorragia sia stata la causa determinante dell'infiammazione gangrenosa, che servì di crise alla febbre adinamica.

Un' uomo dell'età di circa 36 anni, contrasse una blenorragia, e inappresso fu attaccato da una febbre atassica, per cui fu trasportato allo Spedale della Carità. Tosto s'infiammò la verga, e divenne rosso livida, e l'infiammazione non tardò a passare alla gangrena, la quale fece dei rapidi progressi, e non si arrestò intieramente finchè i sintomi della febbre non soffrirono una sensibile diminuzione. In principio la gangrena parve che non interessasse che la pelle; ma ben presto il glande e i corpi cavernosi presentarono dei segni non equivoci di corruzione, e la verga rimase intieramente distrutta. Le parti gangrenate si staccarono a lembi, e la loro totale caduta lasciò una piaga conica, la cui guarigione fu lentissima.

Un' altra persona attaccata nel tempo stesso da una blenorragia e da una febbre adinamica, andò parimente soggetta alla gangrena della verga; ma questo malato ne rimase meno maltrattato degli altri due, poichè non perdè che il solo prepuzio; egli è vero però che anche la sua febbre fu accompagnata da sintomi meno gravi, che negli altri due prefati individui.

La cura dell'infiammazione della verga, varia secondo i periodi della malattia. In principio generalmente convengono i cataplasmi ammollienti o le fomente, e i bagni locali della stessa natura, le bevande rinfrescanti, e i salassi: Più tardi, se si formano degli ascessi, si aprono. Se compariscono delle macchie gangrenose, vi si applicano degli antisettici; e quando l'escare sono cadute, si medicano l'ulceri, che ne risultano con delle faldelle di fila spalmate con cerato, o pure asciutte. Quando la gangrena si estende ai corpi cavernosi, che si limita circolarmente, e che la superficie della piaga lasciata dalla caduta delle parti mortificate, è perpendicolare all'asse della verga, o che è almeno pochissimo obliqua, la guarigione n'è facile, e le medicature ne sono poco dolorose. Ma allorquando la gangrena si è limitata irregolarmente, e la piaga che le succede è molto estesa, inuguale, e che il passaggio dell'orina e le medicature cagionano dei vivissimi dolori, si deve fare l'amputazione della porzione del corpo cavernoso e dell'uretra, lasciata a nudo dall'escare. È un precetto importantissimo, di cui devo qui rammentare l'osservanza, perchè è stato omesso dalla maggior parte degli autori, quello di giammai praticare l'amputazione, se non dopo la separazione delle parti gangrenate, poichè solamente allora si può sicuramente conoscere se la gangrena occupa i soli tegumenti, o se si estende a tutto il corpo della verga. In fatti, si comprende facilmente quanto sarebbe grave l'errore di un chirurgo, che amputasse quest'organo per una semplice gangrena della pelle; poichè priverebbe delle sue facoltà virili un'individuo, che l'avrebbe d'altronde conservate senza questa intempestiva operazione. È anche bene di osservare che in molti casi si può solamente giudicare dopo la caduta dell'escare, della deformità della piaga, e della necessità di renderla più regolare.

Dell'aneurisma dei corpi cavernosi.

Questa malattia è unicamente conosciuta da un fatto osservato e descritto da Albino (*Adnotationes academicae* Lib. 3). Trascrivo qui questo fatto com'è riportato dal suo autore.

Un giovine osservò curvarsi la sua verga nel momento dell'erezione, e vi si formò in appresso un tumore, che fece dei progressi. La pelle, che lo ricopriva conservava la stessa mobilità, che nel rimanente della verga. La compressione faceva da principio sparire intieramente questo tumore, ma in appresso non scompariva che difficilmente e incompletamente. Siccome presentava una mollezza, paragonabile a quella, che offre un'ascesso, vi furono applicati sopra degli unguenti e dei cataplasmi, in vista di favorirne la suppurazione e l'apertura. Il tumore intanto continuò a crescer di volume, ma senza che niente facesse credere che esso dovesse aprirsi spontaneamente. Per conseguenza si credè proprio di aprirlo ampiamente, malgrado le dimostranze di Albino. L'apertura non diede che puro sangue, e l'emorragia fu abbondantissima nè essendosi potuto arrestarla completamente, il giovine ne perì in pochi giorni. Albino fece l'esame della verga per conoscere la sede e la natura della malattia, e trovò uno dei corpi cavernosi dilatato, che formava un tumore pieno di sangue, come nell'aneurisma delle arterie. Egli venne ancora in chiaro che vivente il malato, il tumore era più piccolo e più molle, allorchè la verga era nello stato di flaccidità, e che diveniva duro e più voluminoso col rimanente del pene nel tempo dell'erezione.

Questa specie di aneurisma differisce dagli altri, come la struttura dei corpi cavernosi differisce da quella di tutte le altre parti. Il tessuto spongioso di questi corpi rappresenta la cavità dell'arterie, e il loro involucro fibroso corrisponde alle pareti arteriose. Questo involucro essendo indebolito, o rotto in parte in un punto, si lascia distendere dal sottoposto tessuto spongioso. Ma quivi il tumore sanguigno, che si forma non deve offrire pulsazioni, e la mancanza di questo segno cagionò, senza dubbio, l'errore del chirurgo, che aprì il tumore, di cui parla Albino. Una più esatta cognizione della struttura dei corpi cavernosi, l'avrebbe distolto da questa funesta operazione.

Se un simile errore venisse nuovamente commesso, e che la compressione metodica della verga fosse insufficiente per arrestare il corso del sangue, si dovrebbe per ultima risorsa, essendo bene esperimentata l'inefficacia di ogni altra, ricorrere all'amputazione della verga.

Dei tumori duri, nodi o gangli dei corpi cavernosi.

Si formano talvolta nei corpi cavernosi dei tumori o in quantità, e disposte durezze in alcuni individui come i globet di una corona, solitarie in altri, che ora occupano i due corpi cavernosi, ora un solo. Questi tumoretti sono situati alcune volte nel luogo, ove le radici dei corpi cavernosi vanno a riunirsi verso il pube per formare la verga; ma il più di frequente occupano un punto intermedio fra la radice del pene e il glande. Questa malattia, che non è rara fra gli uomini di un' età avanzata, specialmente fra quelli, che si sono troppo abbandonati alla vivacità del loro temperamento, è il più di sovente una conseguenza della malattia venerea.

Questi tumori non sono dolenti, pure in alcuni casi il malato risente un doloroso stiramento verso la durezza nel tempo di una forte erezione della verga. Questi tumori non si oppongono al libero corso dell' orina, eccettuato nelle vigorose erezioni: ma sappiamo però che una forte erezione può sempre impedire il corso dell' orina. Questi tumori cagionano sempre qualche cambiamento nell' erezione della verga, e nell' ejaculazione del liquor seminale.

Se uno di questi tumori duri è situato nel mezzo del corpo cavernoso destro, la verga in vece di erigersi in linea retta, si curverà da questa parte; se la durezza è situata a sinistra, la curvatura sarà verso questo lato. Se il ganglio riguarda il perineo, la verga si curverà in basso, e sarà curvata in alto se la durezza esiste nella sua parte superiore.

Da questo si rileva che la verga si curva sempre dal lato, ove esiste il tumore, ed eccone la ragione: l' erezione dipende dalla dilatazione, o dalla gonfiezza delle cellule dei due corpi cavernosi: se si gonfiano ugualmente, la loro forza essendo uguale, concorrono ambedue di concerto alla stessa azione, e l' erezione succede in linea retta; ma se una durezza, o la mancanza del concorso del sangue in qualche porzione di uno dei corpi cavernosi impedisce la dilatazione delle cellule di questa porzione, il corpo cavernoso rimarrà vuoto, e offrirà un'infossamento, che diviene il centro della curvatura.

Allorchè le durezze del corpo cavernoso son di un certo volume, l' ejaculazione dello sperma è difficile, debole, o pure non ha luogo. Lo sperma in questo caso non comincia a scolare che allorquando diminuisce la tensione della verga, e viene fuori scorrendo lungo questo membro in vece di essere lanciato coll' ordinaria forza, ond' è che da questa malattia dipende sovente l' impossibilità a generare.

Sono stati inutilmente tentati contro questi tumori gli ammollienti, e i risolventi d' ogni specie. Il solo rimedio, che abbia, sebbene rarissimamente, recato qualche vantaggio, è il mercurio, specialmente usato in frizioni. Le docce d' acqua di Barege, dirette sulla verga, sono state utili in qualche caso. La Pyronie, a cui il caso aveva fatto conoscere i buoni effetti di queste doccie, la riguardava quasi come uno specifico.

Dell' ulceri della verga.

Le ulceri della verga sono il più di sovente veneree; la loro sede ordinaria è il glande o il prepuzio, e raramente la pelle della verga.

Queste ulceri si manifestano quasi sempre nei primi sette, o otto giorni dopo un coito impuro. Ma in qualche raro caso si sono vedute comparire anche dopo parecchie settimane.

La prima impressione del virus, che produce l' ulceri si manifesta con una rossezza accompagnata da prurito sul glande, o nella faccia interna del prepuzio. Questo prurito presto si cambia in un cocente dolore; l' epidermide si stacca, e lascia un' ulcera, da cui geme una sierosità acre e scottante. Alcune volte l' ulcera comincia con piccolo tubercolo duro, il quale s' infiamma, si apre e forma un ulcera più o meno estesa, e delle callosità più, o meno profonde.

Si distinguono le ulceri in benigne, e maligne. Le prime sono superficiali e piccole, non cagionano quasi alcun dolore, e medicandole con i convenienti rimedi, guariscono in pochi giorni. Riguardo poi alle ulceri maligne, se ne riconoscono di tre specie: quelle, che sono profonde, dure e callose; quelle, che sono accompagnate da gangrena, e quelle, su cui si inalzano dell' escrescenze fungose, e che presentano l' aspetto del cancro.

L' ulceri profonde e accompagnate da

callosità, sono talvolta coperte di una specie di escara, che è prodotta dalla grande acrimonia del virus, il quale, ha in qualche modo, cauterizzato il tessuto della parte. Altre volte la superficie di queste ulceri è livida e giallastra, nel tempo che i contorni sono rossi e infiammati. Finalmente se ne incontrano di quelle, dalle quali non geme materia alcuna, o rendono una sanie tenue, estremamente acre, o del sangue.

Il virus che produce le ulceri è talvolta così cattivo, sì sottile e penetrante, che non solamente cagiona una escara gangrenosa sul glande, o sul prepuzio, ma porta ancora la mortificazione nell' interno della verga in brevissimo tempo, talchè si è veduto in alcuni casi putrefarsi la verga e staccarsi dal corpo cinque o sei giorni dopo l' apparizione di una di queste ulceri maligne. Ma il più di sovente quando si manifesta la gangrena, è in conseguenza di un fimosi, o di un parafimosi che strozza la parte.

Finalmente vi sono dell' ulceri, che investono tutto il glande, e a cui sopraggiungono dell' escrescenze fungose: il malato prova dei dolori insoffribili, e la parte si gonfia estraordinariamente. In questo stato il glande sembra totalmente distrutto, e la verga rappresenta allora un cavol fiore schiacciato contro il pube.

La diagnosi di quest' ulceri della verga è raramente imbarazzante. Le circostanze commemorative, la maniera, con cui l' ulceri si sono formate, e l'aspetto, sotto il quale si presentano, bastano quasi sempre per farle distinguere dall' ulceri non veneree, a cui sono soggetti il glande e il prepuzio. Nei casi dubbiosi si deve abbandonare l' ulceri alla natura, e sospenderne il giudizio: se essa è venerea, farà dei progressi, e prenderà un'aspetto, che non lascerà alcun dubbio intorno la sua natura; nell' uso contrario essa guarirà in pochi giorni, e se persiste, si ritrarranno dal suo stato e dalle circostanze commemorative degl' indizi, che ne sveleranno il vero carattere. È molto importante di distinguere in principio l' ulceri veneree, da quelle che non sono tali, perchè uno sbaglio in simili casi esporrebbe il malato a subire un trattamento inutile, e forse anche nocivo, se il male non è venereo, o a trascurare quella cura, senza di cui non potreb-b' essere preservato dalla lue, se l'ulcera è sifilitica. L' ulcere maligne offrono talvolta l' aspetto dell' ulceri cancerose, e allora il diagnostico può divenire difficile. In questo caso il mercurio, è per così dire una pietra del paragone, che può far conoscere il carattere della malattia. In fatti, se l' ulcera è venerea, il suo stato va ordinariamente migliorando sotto l'uso di questo rimedio, amministrato internamente e esternamente; ma se è cancerosa, il mercurio, al contrario, l' irrita ed esacerba.

La cura dell' ulceri veneree della verga, considerate come malattia locale, è differente secondo la forma, sotto cui si presentano: l' ulceri benigne, leggiere, indolenti, guariscono in generale prontamente, medicandole con un miscuglio di unguento mercuriale e di cerato steso sopra una faldella di fila, e lavandole spesso coll' acqua di malva. Quelle, che sono profonde, callose, e poco disposte a suppurare, reclamano l' uso degli ammollienti: si immerge sovente la verga nella decozione di radici di altea, in cui s'inzuppano anche delle pezzette, che vi si applicano sopra, oppure s' involge in un cataplasma ammolliente, mettendo sull'ulcera delle fila ben morbide, spalmate con un semplice digestivo. Questi topici rilascianti determinano poco a poco una suppurazione lodevole, che fende le callosità dell' ulcera, e astergendola, la dispongono a cicatrizzarsi.

Se l' ulceri sono accompagnate da una forte infiammazione, i di cui rapidi progressi facciano temere un pronto passaggio alla gangrena, bisogna subito occuparsi a impedire la perdita della verga per mezzo di copiosi salassi, e usando i topici più rilascianti, i bagni generali e locali, le bevande temperanti e rinfrescanti, e una severa dieta. Se malgrado questi presidj sopraggiunge la gangrena, si ricorrerà agli antisettici, e quando la gangrena si sarà arrestata, si favorirà la suppurazione e la caduta dell' escare. Allorchè le parti gangrenate si saranno staccate, non si condurrà conforme abbiamo detto, trattando dell' infiammazione della verga.

Quando la gangrena ha distrutta una parte dei corpi cavernosi se alla caduta dell' escare sopraggiunge l' emorragia, si procurerà di arrestarla comprimendo la

superficie, da cui sgorga il sangue, dopo di averla coperta coll' agarico o con un piumacciuolo bagnato nell' acqua albuminosa. Ma prima di esercitare la compressione si procurerà d' introdurre una siringa nell' uretra, onde mantenere libero il passaggio dell' orina; e se questi primi tentativi fossero insufficienti, si potrebbe ricorrere alla cauterizzazione; e se questa pure fosse inutile, e che la vita del malato si trovasse in pericolo, non bisognerebbe esitare a ricorrere all' amputazione della verga, eseguendola al di sopra del luogo, di dove nasce l' emorragia.

L' ulceri, che si estendono rapidamente rodendo, per così dire, la parte; e quelle, sulle quali s' inalzano dell' escrescienze fungose, e che sembran partecipare del carattere canceroso, cagionano ordinariamente dei dolori insopportabili, che gettano il malato nel marasmo, cui si associa una febbre lenta, che minaccia i di lui giorni. In questo caso conviene procurare di calmare i dolori, e di arrestare i progressi del male impiegando gli ammollienti, i salassi, prescrivendo una stretta dieta, i bagni, le bevande rinfrescanti, e specialmente l' oppio, tanto internamente, che nell' esterno.

Allorchè l' ulceri hanno dei bordi duri, e callosi, che sono indolenti e stazionarie, e che sono stati inutili i topici, i più propri a fondere le callosità, è necessario di ricorrere ai leggieri escarotici; ma questi rimedi devono essere usati con molta prudenza. È accaduto sovente che dell' ulceri benigne hanno preso un cattivo carattere, perchè si è insistito troppo lungamente sull' applicazione dei topici irritanti e corrosivi.

L'ulceri veneree non devono essere riguardate come un male puramente locale, per la cui guarigione basti solamente usare i topici. Queste ulceri, anche quelle, che sembrano le più benigne, devono essere riguardate come la causa, e l'indizio di una futura lue, per prevenire la quale bisogna che il malato si sottoponga a una cura mercuriale. Per questa cura io mi servo di preferenza delle frizioni, e le prescrivo in modo da non eccitare la salivazione. Affinchè questa cura sia completa, faccio consumare ordinariamente cinque o sei oncie di unguento mercuriato doppio. Faccio fare sei frizioni di una dramma e mezzo, e tutte l'altre di due dramme. In principio faccio lasciare due giorni d'intervallo fra le frizioni, ma dopo le prime sei, se vedo che il mercurio non dia segni di attaccare la bocca, prescrivo le unzioni ogni giorno, affine di abbreviare il tempo della cura.

Quantunque le unzioni sembrino meritare la preferenza nel caso, di cui si tratta, si può per altro usare qualche altra preparazione mercuriale internamente, specialmente quando il malato non ha la libertà di fare le unzioni.

Ma sia qualunque la forma, sotto di cui si amministri il mercurio, non si deve incominciare la cura se non quando le ulceri sono già prossime alla guarigione, o quasi intieramente guarite, e si deve continuare l'uso del rimedio lungo tempo dopo che sono completamente cicatrizzate. Il malato non si può poi riguardare come radicalmente guarito, che allorquando non rimane più alcuna traccia di durezza nel luogo già occupato dall'ulceri, e che egli ha preso la quantità di mercurio, dimostrata necessaria dall'esperienza per la guarigione della sifilide.

Dell' escrescenze, che si formano sulla verga.

La maggior parte dell'escrescenze, che si sviluppano sul pene sono di natura sifilitica. Esse si mostrano frequentissimamente sul glande, o sul prepuzio, e più particolarmente ancora nel luogo, ove queste due parti si riuniscono. Se ne osservano talvolta sulla pelle della verga, e queste escrescenze designate col nome di porri, prendono differenti forme: comunemente sono isolate e sospese per mezzo di uno stretto collo, ma alcune volte hanno anche una larga base: in altri casi un gran numero di piccoli porri nascono dalla stessa radice, e formano dei piccoli tumori, che per la loro ineguale superficie rassomigliano a un cavol fiore. Quando queste escrescenze sono lungamente neglette, s' ingrossano talvolta a segno di ricoprire intieramente il glande; e se, quando sono pervenute a questo grado, si esulcerano, tutta la massa prende una forma talmente sordida, che coloro, che non sono versati nella cognizione delle malattie veneree, le prendono per un cancro. I porri sono costantemente indolenti, solidi e intieri al loro nascere, ma dopo che sono divenuti numerosi, se

non si ha cura di nettarli regolarmente, l'umidità naturale che somministrano le parti, acquista un'acrimonia, che gli rende sensibili, e produce ben presto un' esulcerazione dolorosa e depascente, a meno che non se n' arrestino i progressi colla sollecita applicazione dei convenienti rimedi.

I chirurghi non sono intieramente d'accordo sul modo di trattare queste escrescenze sifilitiche. Alcuni vogliono che si distruggano col caustico, o che si recidano col ferro. Altri sostengono che non si deve ricorrere a questi espedienti che dopo di avere sottoposto il malato a una cura mercuriale completa, e metodica. Questo ultimo metodo è quello, che si segue generalmente al presente.

Qualche volta quest'escrescenze si appassiscono e cadono da se durante l'uso del mercurio; ma spessissimo restano dopo la cura mercuriale, come erano per lo innanzi. Ciò nonostante conviene osservare che malgrado questa circostanza, il malato è perfettamente guarito della sifilide, se la cura è stata fatta nelle regole. Quindi è che altro non resta a fare in questi casi, che attaccare il vizio locale con qualche mezzo esterno. Quando i porri non sono considerabili, si aspergono colla sabina secca, ridotta in finissima polvere, e questo rimedio basta talvolta per farli appassire e cadere. Altre volte si è costretti di reciderli al livello della pelle, e di toccarne la radice colla pietra infernale. Finalmente se questo ultimo mezzo non è applicabile, si distruggeranno poco a poco con un catteretico, come il precipitato rosso, il nitrato d'argento, il muriato di antimonio liquido ec. Dopo di aver così distrutto queste escrescenze, se il malato è stato ben curato, e che l'economia animale sia perfettamente purificata del virus, che lo infestava, esse non compariranno più, e si formerà una solida cicatrice nel luogo, ove era la loro sede; ma se succede il contrario, è una prova che il malato non è guarito, e conviene che si sottoponga a nuova cura.

Del cancro della verga.

Il cancro della verga si sviluppa sotto l'influenza delle stesse cause, che producono l'altre malattie cancerose, e riconosce di più qualche causa particolare. Succede talvolta a dell'ulceri o a dell'escrescenze sifilitiche, esasperate dall' uso di rimedi irritanti: è stato osservato che un grandissimo numero di coloro, nei quali è sopraggiunta questa malattia, erano attaccati da un fimosi, che non permetteva loro di scoprire il glande. La presenza dell'umore somministrato dalle glandule, che coronano la base del glande, e l'alterazione che egli soffre nel soggiornare sotto il prepuzio, sembrano essere una delle cause, che contribuiscono a produrre il cancro della verga. Sarebbe interessante a sapersi se questa malattia è rara fra i popoli circoncisi, come gli Ebrei e i Maomettani.

Il cancro della verga non si sviluppa sempre nello stesso modo, e non si mostra costantemente sotto l' istessa forma. Esso comincia ordinariamente da una specie di porro situato sul glande, a cui il malato non fa attenzione, perchè non lo vede, rimanendo nascosto sotto il prepuzio; e non cagiona alcun dolore. Frattanto questo tubercolo cresce, diviene doloroso, specialmente nel coito. Poco a poco va sempre più crescendo, si esulcera, cagiona dei vivi spasimi, e ne esce del sangue ed una fetida suppurazione. L' esulcerazione si estende al glande, ai corpi cavernosi, i quali si cambiano in un tumore fungoso, il di cui volume diviene talvolta considerabilissimo. In alcuni casi il cancro della verga comincia con un piccolo tubercolo duro, situato sul glande e particolarmente verso la sua base. Questo tubercolo aumenta insensibilmente; il glande ed i corpi cavernosi s'ingorgano, s' induriscono, ed allora la malattia si mostra sotto la forma di un tumore più, o meno voluminoso, duro, scirroso, su cui finalmente si stabilisce un'ulcera con i bordi duri, rovesciati, e da cui scola una materia icorosa e fetida. Qualche volta la tumefazione e la durezza del glande sono così considerabili, che la porzione dell'uretra, che lo traversa, e l'orifizio di questo canale sono talmente ristretti, che ne rimane quasi intieramente impedita l' escrezione della orina. Ho veduto un malato, il quale non poteva orinare che a goccie e colla più gran difficoltà, quantunque la vescica contenesse una considerabile quantità di orina, e che fosse distesa a segno di formare nell'ipogastrio un tumore, che ascendeva fino all'umbelico. Feci l'amputazione

della verga; e appena che l'uretra fu tagliata, l'orina venne fuori impetuosamente, e sparì il tumore del ventre. Sotto questa forma il cancro della verga fa dei progressi meno rapidi, cagiona minore dolore, e talvolta non ne cagiona punto.

Qualunque sia la forma, sotto cui si manifesta il cancro della verga, la malattia fa dei progressi più o meno rapidi, e si estende verso del pube. Alla fine di un dato tempo, le glandule linfatiche dell'inguine s'ingorgano, e si tumefanno, ora da una parte semplicemente, ora da ambedue le parti, e la cachessia cancerosa non tarda a manifestarsi con dei segni non equivoci.

Il cancro della verga, a somiglianza di quello delle altre parti, non può guarire, che mediante l'amputazione della parte malata; ma questa operazione non deve praticarsi se non quando si può eseguire il taglio sulla parte sana; quando le glandule degl' inguini non sono ingorgate, e che la cachessia cancerosa non esista ancora. Questa operazione fatta in circostanze favorevoli, riesce quasi sempre; ma disgraziatamente procura di rado una guarigione radicale. Il più di sovente il male ripullula in capo di un tempo più, o meno lungo o nel mozzicone della verga, o nelle glandule inguinali, e fa miseramente perire il malato. Allorchè l' operazione non è praticabile, o quando la malattia si è riprodotta dopo l' amputazione bisogna limitarsi ai mezzi, propri a calmare i dolori, ed a ritardare, se è possibile, i progressi del male.

Dell'amputazione della verga.

Il cancro e la gangrena della verga sono le due malattie, che obbligano il più di sovente a ricorrere all' amputazione di quest'organo, come potrebbe essere resa necessaria da un'emorragia, risultante da una ferita trasversale della verga, che interessasse quasi tutta la sua grossezza, o dall'apertura di un'aneurisma del corpo cavernoso, quando però quest' emorragia compromettesse la vita del malato, e che non vi fosse stato altro mezzo capace di arrestarla.

Gli autori antichi parlano appena di quest'operazione; ed è probabile che il tumore dell'emorragia abbia impedito a molti chirurghi di praticarla, e che abbia loro suggerito l'idea di far piuttosto cadere il pene per mezzo di una stretta allacciatura, eseguita sulla sua parte sana con un cordoncino di seta, dopo avere introdotto una cannula nell'uretra, o una siringa in vescica. Ruischio (1) ci ha conservata la storia di un contadino, che fu operato con successo con questo metodo. Quest'uomo aveva sulla verga un tumore canceroso esulcerato, della grossezza di un pugno. Dopo avere introdotto una siringa nella vescica, fu legata strettissimamente la verga al di sotto del tumore con un sottile, ma fortissimo cordoncino. Il malato soffrì, senza lagnarsi, il dolore cagionatogli da quest'allacciatura. Il giorno dopo fu fatta una seconda allacciatura, a fine di accelerare la mortificazione e la caduta del tumore, che fu inviluppato col rimanente della verga in una vescica rammolita nell'acqua, onde ricevesse l'orina, e impedisse il cattivo odore: il quinto giorno tutto ciò, che si trovava al di sotto dell'allacciatura era mortificato, e fu amputato col bisturino, senza che sopraggiungesse l'emorragia. Due giorni dopo, fu levata la siringa, divenuta inutile per la caduta del cordoncino, con cui era stata allacciata la verga. Eistero, Bertrandi e molti altri autori raccomandano questo metodo come preferibile all' amputazione; ma la maggior parte dei pratici non sono di questo parere, e al presente questa maniera di estirpar la verga è intieramente andata in disuso.

Si trovano nei libri di chirurgia alcuni esempi d' amputazione della verga praticata con successo; ma gli autori di queste osservazioni non entrano in alcun dettaglio sul manuale di questa operazione. Si contentano di dire che essi hanno amputata la verga con un bisturino, che hanno arrestata l'emorragia col cauterio attuale, o con dei rimedi astringenti, unitamente alla compressione, e che la piaga, medicata secondo le regole dell'arte, si è cicatrizzata nel tempo ordinario. Le Dran è il primo che siasi occupato particolarmente di questo punto di chirurgia. Egli ha ancora fatto osservare la circostanza, per cui quest' operazione differisce da tutte le altre amputazioni. In queste, è un precetto ge-

(1) *Obs. anatom. chirurg. obs.* 30 28.

nerale di conservare una sufficiente quantità di pelle per ricoprire la superficie del mozzicone; e nell'amputazione della verga al contrario, si deve asportare maggior porzione di pelle, che di corpo cavernoso; e la ragione di questo precetto è facile a concepirsi; se si asportasse ugual porzione di corpo cavernoso, che di pelle, la retrazione del primo verso il pube, e l' allungamento della seconda sul mozzicone, impedirebbero di vedere i vasi, e sarebbe perciò difficile, o forse anche impossibile di allacciarli: l'apertura dell' uretra si troverebbe nascosta, e si avrebbe molta pena per ritrovarla, a fine d' introdurvi la siringa; e poi la guarigione della piaga sarebbe lunga e difficile. Il precetto, dunque, di cui abbiamo parlato, è senza dubbio importantissimo; ma non è il solo, che esige questa operazione, onde riesca ben fatta; ed è per questo che noi cercammo di supplire al silenzio degli autori su questo particolare in una nostra memoria, che pubblicammo nel 1791, nel giornale di Fourcroy.

L'apparecchio necessario per praticare quest'operazione consiste in un bisturino retto di lama alquanto lunga, una pinzetta da dissecare, dei fili incerati, una siringa di gomma elastica, dei nastri per fissarla, degli stuelli, dei piumaccioli, delle compresse piuttosto lunghe, e una fascia a doppio T.

La maggior parte degli autori consigliano di fare orinare il malato prima dell'operazione: ma noi crediamo, al contrario, che è meglio che la vescica contenga dell'orina, affinchè la siringa che vi s'introdurrà dopo recisa la verga, agisca meno contro le sue pareti. Quando si fa l'amputazione della verga a cagione di un cancro, si deve conservarne più che è possibile, benchè si debba farne il taglio sulla parte sana. Quando quest'operazione è fatta per causa di gangrena, si deve recidere il pene nel punto, ove si è arrestata la mortificazione, e se vi si ricorre per un' emorragia nata in conseguenza di una ferita trasversa, si deve finirne la sezione nell'istesso luogo della ferita. Finalmente se è un' aneurisma del corpo cavernoso stato imprudentemente aperto, che esige quest'amputazione, si deve recidere la verga immediatamente al di sopra del tumore. Preparato prima il malato all'operazione con i rimedi generali, e rasato il pelo, che copre le parti genitali, si eseguisce nel seguente modo.

Il malato starà disteso sulla parte destra del suo letto, e l'operatore si collocherà da questa stessa parte: quindi incomincia dall'inviluppare in una pezza di tela la porzione della verga, che deve essere amputata, e l'afferra colla mano sinistra, procurando di tirare la pelle verso il glande, nel tempo che un suo aiuto tiene la verga presso la sua radice, e procura anch'egli di tendere ugualmente la pelle, che la ricopre. Senza di questa precauzione, allorchè la verga è recisa vicino alla sua radice, si rischierebbe di comprendere nel taglio una porzione della pelle dello scroto, e di dare alla piaga un'estensione molto più grande di quella, che deve avere. Le parti essendo così disposte, il chirurgo taglia con un sol colpo di bisturino la pelle, il corpo cavernoso e l'uretra. Peraltro, se siamo obbligati di recidere la verga presso la sua radice, e se la pelle non è molto mobile sul corpo cavernoso, invece di tagliare quest'ultima insieme col corpo cavernoso, è meglio d'inciderla prima circolarmente tre, o quattro linee al di sopra del luogo, ove si vuole amputare la verga, e tagliare poi il corpo cavernoso e l'uretra a livello del labbro inferiore della ferita, fatta circolarmente nella pelle.

Appena amputata la verga, si deve arrestare l'emorragia, servendosi dell'allacciatura, che è preferibile a qualunq' altro mezzo, allorchè le arterie sono assai grosse e apparenti da poterle afferrare colla pinzetta da dissezione, e allacciare immediatamente, come nell'amputazione dei membri: l'arterie, che devono allacciarsi sono quelle, che serpeggiano sulla faccia superiore del corpo cavernoso, e che si chiamano dorsali della verga, e quelle, che sono situate nel tessuto spongioso di questo corpo. Quando si sono allacciate queste arterie, la più leggiera compressione basta per arrestare il sangue, che viene fuori da questo tessuto spongioso. Fatte tutte le necessarie allacciature, s'introduce una siringa di gomma elastica nella vescica e si medica la piaga. È estremamente raro che i vasi siano così piccoli, che non si possano afferrare colla pinzetta da dissezione, per farne l' allaciatura; ma se ciò

accadesse, come io ne sono stato una volta testimone in seguito della gangrena della verga, l' allacciatura non sarebbe necessaria, poichè basterebbe la compressione per arrestare l' emorragia. È stato talvolta usato il cauterio attuale per fermare il sangue dopo l' amputazione della verga. Sculteto, che aveva conosciuto a Padova un' uomo, a cui era stato amputato con successo il membro virile, fece quest'operazione nel 1635 in un cittadino di Ulma, a cagione di una gangrena che aveva attaccata questa parte. Egli tagliò sul vivo con un bisturino, arrestò l' emorragia con un ferro infuocato, e introdusse una cannula nell' uretra nel tempo della cura, che fu felice e di corta durata. La chirurgia dei nostri giorni, divenuta più dolce nei suoi mezzi, ha rigettato l' uso del fuoco in questi casi.

Allorchè si è introdotta la siringa nella vescica, si copre la piaga colle fila, sulle quali si pongono delle compresse alquanto lunghe, le cui estremità si fanno passare sotto i capi di una fascia a T, e poi si rovesciano su se stesse, e si fissano con degli spilli. La siringa dev' essere parimente fissata alla fascia per mezzo di nastri. Dopo tre o quattro giorni si toglie l' apparecchio, e si medica la piaga come tutte quelle, che suppurano. La siringa dev' essere lasciata nella vescica fino alla completa cicatrizzazione della piaga, avendo però la precauzione di ritrarnela di tanto in tanto per ripulirla, o per sostituirvene un' altra. Le Dran consiglia di togliere la siringa quando si è stabilita la suppurazione, e di rintrodurla allorchè la cicatrice comincia a formarsi; ma noi pensiamo che sia vantaggioso di lasciarla in vescica durante tutta la cura, onde impedire all' orina di bagnare la piaga, ciò, che ne ritarda la guarigione, e per prevenire poi il ristringimento dell' orifizio dell' uretra.

Allorchè il mozzicone della verga conserva una certa lunghezza, l' orina è cacciata a una certa distanza, quasi come nello stato di perfetta integrità, e il malato non ha bisogno d' alcun mezzo meccanico per favorire la proiezione di questo liquido, ma quando la verga è stata amputata vicino al pube, ne risulta, al dire di Pareo (1), che il malato è obbligato di accoccolarsi come le donne per orinare, e quest' autore in vista di ovviare a questo inconveniente, e perchè lo scroto e le coscie del malato non sieno bagnate dall' orina, ha immaginato una cannula di bossolo o di metallo di una forma conica, destinata a dirigere il corso dell' orina, e la quale si applica colla sua apertura più larga contro il pube. Il malato operato da Ruischio si serviva, per orinare, di una simile cannula d' avorio, e tutti quelli, ai quali fu amputato la verga presso il pube, sono obbligati a servirsi di un simile strumento.

(1) *Lib.* 23 *cap.* 9.

CAPITOLO III.

Delle malattie delle parti genitali delle donne.

Si dividono queste malattie in quelle, che attaccano le parti esterne della generazione, ed in quelle, che attaccano le parti interne.

ARTICOLO I.

Malattie delle parti esterne della generazione.

Le grandi labbra, la forcella, le ninfe, la clitoride, e il meato orinario sono esposti a un certo numero di malattie, di cui tratteremo dopo aver parlato dei vizi di conformazione di queste parti.

Vizi di conformazione delle parti esterne della generazione.

Non è cosa molto rara di vedere delle donne, nelle quali non esiste quasi alcuna traccia delle parti esterne della generazione, all' eccezione di una piccolissima clitoride, e di un' apertura, che dà passaggio all' orina. Al di sotto di quest' apertura comincia un rafe, che si prolunga fino all' ano; ma siccome esistono nel tempo stesso in queste donne dei vizi

di organizzazione anche nelle parti interne, noi torneremo a parlarne in appresso. Ora dobbiamo specialmente occuparci dei vizi di conformazione, che appartengono esclusivamente alle parti esterne.

La perclusione della vulva è uno dei più rimarcabili di questi vizi. Questa può essere congenita, o accidentale. Le cause, che producono la prima ci sono intieramente incognite, come quelle di tante disposizioni viziose, che i bambini portano seco dal seno materno. Questa perclusione congenita o si limita alla vulva, o si estende al meato orinario. Nel primo caso, non ne risulta alcuno sconcerto nella salute fino all'epoca della pubertà: nel secondo, l'escrezione dell'orina è impossibile, e la ritenzione di questo liquido può cagionare la morte, se l'arte non gli procura un' uscita. Noi ritorneremo su questo vizio, quando parleremo delle malattie del meato orinario.

La perclusione dell'apertura esterna dell'uretra è sempre congenita: quella della vulva può esserlo ugualmente, ma può succedere anche in forza di cause, che agiscono dopo la nascita. Le principali fra queste cause, sono le scottature, un parto laborioso, l' ulceri sifilitiche, l'infiammazione della vulva, che si sviluppa nel corso del vaiolo, o in tutt'altr'analoga circostanza. Quest'otturamento sia egli primitivo, o accidentale, gli effetti che ne risultano essendo gli stessi, noi gli descriveremo insieme.

In alcuni casi l'infiammazione, che si dichiara nelle parti esterne della generazione, determina delle aderenze, le quali senza impedire completamente l'uscita dell'orina, mettono un'ostacolo alla sua libera espulsione. Si legge nel trentanovesimo volume dell' antico giornale di Medicina un' osservazione di questo genere. Una piccola bambina di tre anni, divertendosi con un tizzone, diede fuoco alle sue vesti, e ne riportò una scottatura in tutta la parte superiore delle coscie. La sua sorella maggiore, a cui era stata lasciata in custodia, la medicò alla meglio che seppe, e ne nacque l'adesione completa delle due grandi labbra, eccettuata la loro parte superiore, ove la clitoride sporgeva in fuori. L'orina era obbligata di refluire di basso in alto, a fine di guadagnare superiormente l' intervallo delle grandi labbra; alcune goccie ne scolavano ancora dalla parte inferiore, ove l'aderenza non era completa. Questa bambina rimase in questo stato fino all'età di otto anni. A quest'epoca le sopraggiunge un'ascesso orinoso al perineo, per cui fu chiamato un chirurgo. Allorchè fu divisa la membrana, che univa le grandi labbra, si osservò al di là un'ammasso di renella, che vi si era depositata come accade anche nei bambini fra il glande ed il prepuzio, quando l'apertura di quest'ultimo è strettissima. La renella fu tolta, e la nuova piaga, medicata nelle regole, lasciò le due labbra separate.

Nella maggior parte de' casi la vulva non è otturata che nella sola parte, che corrisponde all' orifizio della vagina, e l'otturamento è completo o incompleto, e fino all'età della pubertà non si hanno segni di questo vizio.

Quando la perclusione è completa, dà luogo alla ritenzione del sangue delle regole nella vagina. I sintomi cagionati da questa ritenzione non differiscono molto da quelli, che si osservano nei casi d'imperforazione della vagina: in questo caso l'aderenza esiste fra le grandi e le piccole labbra, mentre nell'imperforazione della vagina, l' ostacolo, che si oppone all'uscita del sangue esiste dietro le ninfe. In quanto al rimanente gl'istessi dolori periodici, la tumefazione progressiva dell'ipogastrio, gl'istessi segni di gravidanza apparente accompagnano queste due affezioni. Si rimedia a questo vizio di conformazione separando le grandi labbra l' una dall' altra col ferro tagliente, ed usando i mezzi propri ad impedirne la riunione.

Nell'otturamento incompleto della vulva, il sangue mestruo può sgorgare esternamente, nè si osservano gli stessi accidenti che nel precedente caso, e sovente questo vizio non è conosciuto, che all'epoca, in cui la donna prestandosi ai doveri coniugali, è impossibile l'introduzione del pene.

Questo ostacolo non impedisce assolutamente la concezione. Si trovano moltissimi esempi negli autori, che provano che il liquore seminale versato sull'orifizio della vulva, ha talvolta fecondato la donna, senza intromissione della verga nella vagina. La donna, di cui parla Riolano, la quale accusava suo marito innanzi i Tribunali di non aver seco lei

sodisfatto ai doveri coniugali, fu riconosciuta gravida al momento dell'ispezione, nonostante l'occlusione della vulva, che aveva impedito la consumazione dell'atto della generazione.

Riporto qui un'altro fatto non meno rimarcabile: « *Puella Romana a primo ortu clausa, nisi quod exiguum esset foramen vix pisum capiens pro urina et menstruorum egressu, assiduis amici precibus commota, ipsius libidini nimium dedit, rata nullum conceptionis periculum futurum, quippe cuius vulvae labia a nativitate coniuncta et unita penem non admittebant: caeterum fricationis huius debitas dedit paenas, ex ipso praeter spem gravida facta: quinto a conceptu mense, tumentem puellae ventrem advertens mater Ioh. Trullium adit, et postquam omnia ipsi exposuisset, opem eius implorat, ne in partu tandem graviūs vitae periculum subiret filia; eam atque invisens, Trullius cunctis examinatis, unita vulvae labia sectione dirimit. Ipsa autem debito tempore filium peperit.* » Moinichen, che riporta questa osservazione (1), soggiunge di avere egli stesso veduto a Venezia tre ragazze nello stesso caso, e che furono da esso guarite nello stesso modo. Questi fatti e parecchi altri simili, hanno fatto adottare l'opinione da noi esposta, cioè, che l'introduzione del pene nella vagina non è assolutamente indispensabile per la concezione.

La perclusione parziale della vulva, che oppone un'ostacolo al coito, s'oppone parimente al parto. In uno dei riferiti casi, fu creduto doversi incidere la membrana molto prima del termine della gravidanza, onde facilitare il passaggio del feto. Dei chirurghi consultati nei primi mesi della gravidanza, sono stati di parere di doversi astenere dal fare quest'operazione a quest' epoca, in cui è più terribile l'aborto, e di differirla fino al quinto mese, in cui questo accidente succede più raramente. Talvolta il chirurgo non ha riconosciuto questa imperfezione che al momento del parto. In questo caso, se la membrana è molto sottile, si potrebbe, dietro l'esempio di Mauriceau, dispensarci d'inciderla, poichè la forza, colla quale il feto è spinto in luce può bastare per romperla. Ma se fosse assai resistente da opporre un qualche ostacolo al parto, non si dovrebbe esitare ad inciderla, tanto più che lo strappo che si opera in quel momento, può succedere in altro punto, e allora si avrebbero due orifizi, in vece di uno, come io ho veduto accadere in una giovine signora, nella quale, durante il corso del vaiuolo, le grandi labbra si riunirono in una gran porzione della loro estensione; vi rimaneva solamente in alto un' apertura, che dava passaggio all' orina. Questa signora essendosi maritata all' età di 22 anni, divenne presto incinta, malgrado le difficoltà, che suo marito incontrò nella consumazione del matrimonio. Il parto si compì così sollecitamente, che l'ostetrico non fu a tempo per assistervi. Ma il feto, invece di venir fuori per l'apertura, che esisteva nella parte anteriore delle grandi labbra, si aprì una strada a traverso la cicatrice, che le univa insieme. L' ostetrico essendosene accorto, ideò di riunire i bordi di questo strappo con alcuni punti di sutura; ma prima di praticare quest' operazione, desiderò unitamente al marito e alla signora, di sentire il parere di qualch' altro chirurgo, e fummo chiamati Sedillot il maggiore ed io. Noi pensammo che la progettata operazione offriva un successo molto incerto, e che anche nella supposizione che riuscisse bene, essa avrebbe lasciata la malata nella svantaggiosa disposizione, in cui si trovava prima relativamente all' atto della generazione e del parto; e che perciò era preferibile di tagliare la briglia, o la specie di ponte, che separava le due aperture. A dire il vero, la vulva, dopo questa sezione, acquistava una grande ampiezza, ma il marito della malata consultato intorno questo particolare, avendo dichiarato che preferiva una via facile a quella, che gli aveva già offerto tanti ostacoli, fu deciso che si taglierebbe la briglia; ciò, che feci subito, e i bordi dell' incisione e quelli dello strappo non tardarono a cicatrizzarsi.

In un caso, in cui per conseguenza di un parto laboriosissimo, la vulva si era quasi intieramente chiusa, Lamotte fu obbligato d' incidere nel tempo del travaglio del parto, la cicatrice, che gl' impediva di sentire i progressi del travaglio, e che

(1) *Observ. Med. Chir. p. 49.*

si opponeva allo scolo dell' acque, e che avrebbe anche senza dubbio compromessa l' esistenza della donna se non fosse stata praticata questa incisione.

Delle piaghe delle grandi labbra.

Gli strumenti perforanti, taglienti e contundenti possono agire sulle grandi labbra e farvi ogni sorta di ferite: le più frequenti per altro sono le piaghe contuse e le contusioni.

Queste ultime danno luogo a un gonfiamento considerabile, prodotto dall' accumulo del sangue nella sostanza delle grandi labbra. Se questo liquido è semplicemente infiltrato, la risoluzione è pronta, e l' ecchimosi si estende alle parti adiacenti; ma se il sangue è stravasato, e che forma ciò, che si chiama un deposito sanguigno, la risoluzione n' è impossibile, o almeno molto difficile, ed è meglio, come diremo trattando dei tumori sanguigni delle grandi labbra, dargli esito per mezzo di un' incisione, che abbandonarlo agli sforzi sempre incerti e lentissimi della natura.

Le piaghe contuse delle grandi labbra suppurano prima di cicatrizzarsi; ma ciononostante la loro cicatrizzazione è, in generale, pronta e facile, medicandole nelle regole, e coprendole con dei topici risolventi. Quando i due bordi della piaga si riuniscono, la cicatrice è appena visibile, ma in alcuni casi si cicatrizzano separatamente, e la deformità, che ne risulta è talvolta apparentissima, come si rileva da un' osservazione riferita dal Trioeno. Una serva di Leida essendo caduta sull' orlo di un vaso, ne riportò uno strappo nelle grandi labbra, per cui ne nacque una considerabile emorragia. In parecchi punti si formarono dell' escare, la cui caduta lasciò delle piaghe, che si cicatrizzarono facilmente, ma con questa disgustosa circostanza che uno dei grandi labbri restò traforato da un' apertura, che pareva una seconda vulva.

Dei tumori delle grandi labbra.

Le grandi labbra possono essere la sede di parecchie specie di tumori. Il flemmone vi si mostra più spesso degli altri. È rarissimo di osservare questa malattia nelle ragazze, e specialmente in quelle, che non sono ancora regolate. Le donne maritate di recente vi sono, al contrario, molto soggette, e quelle che sono avanzate in età non ne sono quasi mai affette. Questa infiammazione è talvolta la conseguenza di una causa manifesta, come di una contusione, ma il più di sovente si sviluppa senza causa apparente. I flemmoni non offrono niente di particolare ne'loro sintomi, se si eccettui l' enorme tumefazione, che gli accompagna, e l'incomodo, che recano nel camminare. Essi terminano sempre per suppurazione, e si curano come tutte le altre infiammazioni flemmonose, con i cataplasmi ammollienti, i semicupi, la dieta e le bevande rinfrescanti. È raro che gli accidenti infiammatori giungano al grado di esigere i salassi generali, e l'applicazione delle mignatte sulle parti infiammate aumenterebbe la già esistente irritazione. Quando è certa la suppurazione, si deve aprire l' ascesso con un' incisione longitudinale, proporzionata al volume del tumore, e praticata sulla faccia interna del gran labbro, poichè, è da questa parte che si aprono ordinariamente gli ascessi, quando si abbandonano alla natura; ma sovente allora l' apertura è troppo piccola per dare esito alla marcia; e siccome si richiude prima che il focolare sia intieramente vuotato, la malattia non tarda a ricomparire: la stessa cosa succede allorquando, aprendo il tumore, la incisione non è sufficientemente estesa. La regola da seguirsi in questo caso è di estendere l'incisione a tutta la lunghezza del tumore.

Non è raro di vedere delle donne, nelle quali ogni mese, all' epoca della ricorrenza delle purghe, si formano degli ascessi di questo genere. Io ho avuto occasione di osservarne parecchi, ed ecco cosa mi hanno offerto questi flemmoni periodici delle grandi labbra: le pareti del focolare divengono liscie, simili a quelle di una cisti; ed in tal caso la semplice incisione è insufficente per procurarne la guarigione; bisogna, per prevenirne la recidiva, irritare le pareti del focolare con dei leggieri cateretici, e se questi sono insufficenti, con dei caustici assai attivi per determinare una viva infiammazione di queste pareti, e lo sviluppo dei bottoni carnosi sulla loro superficie.

Allorchè questi ascessi si sono riprodotti un certo numero di volte, che sono molto estesi, e che ascendono fra la vagina e le corrispondenti pareti del ba-

cino, la completa guarigione n'è talvolta impossibile. Una signora fu attaccata da un flemmone nel gran labbro sinistro, e l'infiammazione terminò in un'ascesso, che fu aperto col bisturino, ma l' apertura essendo troppo piccola, la marcia scolò incompletamente: le pareti del focolare non si riunirono, e il tumore ricomparve due mesi dopo. Nei due anni seguenti l'ascesso si riprodusse ogni due o tre mesi, ora all'epoca delle purghe, ora quando la signora viaggiava anche a poca distanza, e ciascuna volta si apriva spontaneamente, e quattro o cinque giorni dopo non ne rimaneva altro vestigio, che una durezza, che si sentiva nella sostanza del labbro, stringendola fra il pollice e l'indice. Questa signora avendomi consultato, le dissi che per guarirla radicalmente, bisognava aprire l'ascesso in tutta la sua estensione, e la pregai di farmi avvisare quando l' ascesso ricompariva, ciò, che non tardò a succedere. In un viaggio, che ella fece da Rouen a Parigi, il labbro si tumefece considerabilmente e divenne dolente, e pochi giorni dopo vi si sentì manifestamente la suppurazione. Feci sulla sua faccia interna un'incisione longitudinale, lunga quanto il tumore, la quale diede esito a una gran quantità di un liquido viscoso-giallastro, il quale rassomigliava assai più alla materia, che contengono alcune cisti, che a quella dei flemmoni. Introdussi il dito indice nel focolare, e sentii che le sue pareti erano liscie, e che la sua cavità si estendeva molto al di sopra della base del gran labbro, fra la parte inferiore della vagina e la corrispondente parete del bacino. A fine di mettere, per quanto era possibile, questo focolare allo scoperto, asportai i bordi dell' incisione e la più gran porzione della faccia interna del gran labbro, e quindi riempii esattamente il focolare con delle fila. Io mi aspettavo di veder comparire dei bottoni sulla superficie di questo focolare, ma presto ebbi luogo di accorgermi che le sue pareti rimanevano liscie, e che non vi era apparenza alcuna della loro riunione. In conseguenza credei conveniente d'irritarle, a fine di determinarci un' infiammazione adesiva; ed a tal fine riempii la cavità dell'ascesso con degli stuelli di fila coperti di uno strato assai forte di pomata epispatica della più attiva, e ve gli lasciai per ventiquattr'ore. Quando tolsi queste fila, stuellai la vagina, a fine di mettere le pareti del focolare ad immediato contatto; ma ad onta della diligente cura, che messi nelle medicature, che facevo io stesso due volte il giorno, le parti non si riunirono, e l'infiammazione provocata dalla pomata epispatica essendosi poco a poco dissipata, le cose si trovavano nello stesso stato di prima. Per altro l' estensione del focolare era sensibilmente diminuita; i bordi dell' apertura con perdita di sostanza, che avevo praticata sulla faccia del gran labbro, si erano cicatrizzati, e quest' apertura che permetteva l'ingresso all'estremità del dito minimo, era rotonda, e non dava esito che a un poca di mucosità viscosa, la cui quantità diminuiva ogni giorno. In questo stato di cose dissi a questa signora che per guarirla radicalmente era necessario di toccare le pareti della cisti con un caustico liquido, come il muriato di antimonio, o l'acido nitrico; ma non le nascosi che il successo di questo rimedio era incerto, ed ella amò meglio di rimanere in uno stato, che non le cagionava alcun incomodo, che di sottoporsi a una dolorosa cura, il cui successo non era sicuro. Io ho veduto questa signora molto tempo dopo, e niente era cambiato nello stato delle sue parti, ma l'ascesso non si era più riprodotto.

L'apertura degli ascessi delle grandi labbra, o succeda spontaneamente, o sia operata dal chirurgo, può divenire fistolosa, allorchè la membrana interna del labbro è molto assottigliata, e che l'apertura è piccolissima, Da questa fistola sgorga una quantità più, o meno abbondante di una materia giallastra e sierosa, che alcuni chirurghi poco attenti hanno preso per fiori bianchi, o per il muco della blenorrea. L' antecedenti circostanze, e un' esatta informazione per parte della malata, possono far presumere l'esistenza di una fistola di questo genere; ma l'esame delle parti può solo somministrarcene la certezza. In quest' esame si osserva sulla faccia interna del gran labbro, un'apertura, di dove si vede uscire la materia purulenta. Uno specillo introdotto in quest' apertura penetra a una certa profondità in alto o in basso, e talvolta ancora in diverse direzioni. Per guarire questa fistola, bisogna aprire il focolare in tutta

la sua estensione mediante un' incisione o due, secondo che esso si estende da una sola parte, o in più direzioni. Nel caso, in cui si trovi la membrana interna del gran labbro molto assottigliata, essendo incapace di riunirsi, ne diviene indispensabile l'escissione. Dopo fatta l'incisione, o l' escissione, si medica la piaga, e la guarigione n'è assai sollecita. Se la fistola è poco larga, non rimane altro vestigio della malattia, che una cicatrice lineare: ma nel caso contrario, specialmente quando le pareti della fistola sono liscie, i bordi dell'incisione si cicatrizzano separatamente, e resta un'apertura nel labbro. L'istessa cosa succede ancora quando una parte della membrana interna è stata escissa.

Tumori sanguigni delle grandi labbra.

Uno stravaso di sangue nel tessuto cellulare delle grandi labbra produce talvolta un considerabile tumore. Si forma ordinariamente in conseguenza di una contusione, o dalla compressione, cui vanno soggette queste parti nel parto; e alcune volte nasce anche spontaneamente. Io ho osservato una malattia di questo genere in una giovane donna allora incinta, che era soggetta all' epilessia. Si formò repentinamente nel gran labbro sinistro, in seguito di un ascesso epilettico, un tumore sanguigno, senza che la malata avesse sofferto veruna contusione. Da prima questo tumore fu preso per un' ernia, ma ben presto fu conosciuto che era formato da uno stravaso di sangue, ed io ne feci l' apertura. I tumori sanguigni occupano raramente le due grandi labbra nel tempo stesso, ma quasi sempre si formano in un sol labbro, anche quando sono una conseguenza del parto. Il colore pende al turchino, o è scuro, o violaceo; il loro volume è sovente considerabile, ed uguaglia talvolta quello di un pugno. In certi casi bastano poche ore perchè il tumore acquisti questo volume. È accompagnato da un senso di tensione, e da un dolore più o meno vivo, e impedisce i movimenti della coscia in proporzione della sua grossezza e sensibilità. Talvolta questi tumori sono colpiti dalla gangrena.

La diagnosi n' è facile. Basti il dire, che in alcuni casi lo stravaso del sangue nelle due grandi labbra ha fatto supporre l'esistenza di un'ernia della vagina, per evitare un così grossolano sbaglio.

La cura di questi tumori consiste nell'applicarvi sopra delle pezzette inzuppate in un liquore risolvente quando essi sono piccolissimi; e nell'inciderli e vuotarli del sangue, che contengono quando sono di mediocre volume, e tanto più quando sono molto considerabili: senza di questo, nel maggior numero dei casi, questi tumori si gangrenerebbero. Dopo inciso la faccia interna del gran labbro, si comprime dolcemente, per farne uscire tutto il sangue, che vi si è accumulato, quindi si riavvicinano i labbri dell'incisione, e si copre la piaga con dei topici risolventi, se esistesse di già qualche disposizione alla gangrena.

Dell'edema delle grandi labbra.

L'edema delle grandi labbra si manifesta particolarmente nelle donne incinte. Alcuni ostetrici, e nominatamente Mouriceaffau, hanno osservato che questo accidente ha luogo specialmente in quelle, che sono incinte di più figli. Si dichiara ancora in altre circostanze, e segnatamente in certe idropisie. Le grandi labbra appariscono gonfie, semitrasparenti, indolenti, molli, e conservano l' impressione del dito; esse impediscono meccanicamente il movimento delle coscie, e imbarazzano la loro mozione, e possono anche opporre qualche ostacolo al parto; ed è per questo che bisogna procurare di dissipare questa tumefazione prima di quest'epoca; ma in generale, la compressione, cui soggiacciono allora queste parti, ne dissipa l'infiltrazione, che vi rinasce poi dopo il parto. I mezzi curativi sono gli stessi di quelli, che si usano nell'altre idropisie, come i lassativi, i diuretici, e i leggieri diaforetici. Se questi rimedi fossero insufficienti, e che l'edema delle grandi labbra giungesse a tal segno da far temere un'ostacolo al parto, bisognerebbe farci delle punture colla lancetta, avvertendo di affondarne la punta nelle parti solamente una linea, o due.

L'infiammazione edematosa delle grandi labbra, accompagnata da febbre nelle donne incinte, è una malattia molto più seria della semplice edema di queste parti. Essa può produrre un'infiammazione dell'utero, come Mauriceau narra di avere più volte osservato.

Delle varici delle grandi labbra.

Nascono sovente le varici nelle donne gravide, e specialmente in quelle che hanno gia fatto altri figli. Compariscono sotto l'aspetto di una gonfiezza ineguale e nodosa nelle grandi labbra, e talvolta cagionano un'incomodo prurito. In alcune la costipazione e la pletora sanguigna concorrono allo sviluppo di questa dilatazione venosa, la cui causa principale consiste sempre nella pressione esercitata dall'utero gravido. In questo caso può ritrarsi qualche vantaggio dai lassativi, dai rinfrescanti, e dal salasso, usando però di questi rimedi con circospezione. Quasi sempre la cura si limita ad evitare tutto ciò, che potrebbe aggravare questa indisposizione, di cui è difficile ottenere la guarigione radicale.

Dei tumori fibrosi delle grandi labbra.

Si sviluppano talora nelle grandi labbra dei tumori duri, scirrosi in apparenza, ma il cui tessuto bianco e fibroso, differisce essenzialmente da quello di questi ultimi tumori, e rassomiglia molto più alla sostanza dei corpi fibrosi dell'utero. Questi tumori hanno generalmente una forma rotonda, e una marcatissima renitenza; non cagionano alcun dolore, e non recano alcun incomodo se non per il loro volume. La loro superficie è liscia, e la membrana muccosa delle grandi labbra, che riveste la interna superficie di questi tumori, non è aderente ai medesimi. Possono esistere per lungo tempo senza prendere un cattivo carattere; ed in questo differiscono essenzialmente dai tumori scirrosi, i quali finiscono sempre per degenerare in cancro. Questi tumori fibrosi rassomigliano molto alle cisti, e in qualche caso è quasi impossibile di distinguerli da queste; ma questo sbaglio non è poi pericoloso, poichè l'estirpazione conviene in ambedue queste malattie. Questa operazione non presenta ordinariamente alcuna difficoltà: un debolissimo tessuto cellulare unisce il tumore colle parti vicine, e un dito può servire, ugualmente che il bisturino, per isolarlo. Dopo che il tumore è stato estirpato, non vi è da temere la recidiva della malattia, come succede dopo l'estirpazione dei tumori scirrosi o cancerosi.

I tumori fibrosi delle grandi labbra possono estendersi molto in alto nel bacino, fra la vagina e le adiacenti parti; ed in tali casi la loro estirpazione può divenire molto difficile. Una donna di 38 anni, grande, bruna e magra, entrò nello spedale della Carità nel mese di giugno 1817. Fino da quattr'anni ella portava nella sostanza del gran labbro sinistro un tumore, che a prima vista sembrava grosso quanto un pugno, e di cui non era facile a determinarsi la natura. Alcuni chirurghi, che questa donna aveva consultato, crederono che fosse un'ascesso freddo; altri uno scirro, ed altri infine, un'ernia. A me parve che avesse maggiore analogia con i tumori cistici, e mi fissai in questa idea. Veniva fuori dalla vagina una materia simile al siero mescolato con densi fiocchi, e la malata credeva di avere osservato che il tumore diminuiva di volume, quando scolava una certa quantità di questa materia. Questa circostanza era molto idonea a confermarmi nella mia opinione, la quale, del resto, non mi sembrava niente più, che probabile. La pelle non era aderente al tumore, il quale poteva essere totalmente respinto nella vagina. Io giudicai che l'estirpazione, che supposi l'unico mezzo di guarigione, fosse praticabile, e l'eseguii il 25 giugno. Cominciai per fare due incisioni semiellittiche, a fine di potere asportare col tumore una porzione della membrana, che lo ricopriva. Indi affondai lo strumento nel tumore per riconoscerne meglio la natura, e osservai che consisteva in una massa solida: tentai di smuoverlo con una mano, a fine di poter giudicare della sua estensione, e mi parve che si estendesse molto in alto nel bacino: lo separai col bisturino dalle parti vicine, e volli tentare, per quanto era possibile, d'isolarlo dalle parti più lontane, con l'unghie, e dopo venti minuti di tentativi, pervenni a introdurre la mia mano nel bacino al di sopra del tumore, all'altezza almeno di mezzo piede: per tal modo arrivai poco a poco a tirar fuori una massa dura, di aspetto scirroso, e del volume di due placente unite insieme. Questa massa non potè venir fuori senza strappare un poco la vagina nella sua parte posterior sinistra. Io temei, nel vedere uscir col tumore una membrana biancastra, simile alla muccosa del retto, che questo intestino si fosse anch'esso strappato, ma

questo tumore non aveva alcun fondamento. Dopo l'estirpazione di questa enorme massa, riempii di fila la cavità, dov'era già contenuta. La malata, fatigata dal dolore e dalla lunghezza dell'operazione, era caduta in un grande abbattimento, nè aveva più forza di lamentarsi, e passò parecchi giorni in uno stato di estrema debolezza, e quasi senza febbre. Finalmente la suppurazione si stabilì, la cavità diminuì d'ampiezza, e allora furono poste regolarmente delle mecce nella vagina, onde prevenire il ristringimento di questo canale, o la formazione di aderenze preternaturali. La malata riacquistò poco a poco le sue forze, e con gran meraviglia di tutti coloro, che avevano osservata la sua malattia, partì dallo spedale perfettamente ristabilita.

Dei tumori cistici delle grandi labbra.

L'osservazione ha fatto vedere che si possono formare nel tessuto cellulare delle grandi labbra dei tumori cistici della specie del meliceride e dell' ateroma. Questi tumori sono stati presi talvolta per ernie. In alcuni casi si vedono infiammarsi, suppurare, aprirsi, e guarire; ma il più di sovente è necessario di ricorrere ai mezzi chirurgici usati per la cura di questa specie di tumori. Mauriceau vidde uno di questi tumori, che sussisteva fino da venticinque anni, che era grosso quanto il pugno, e che guarì in pochi giorni mediante un' incisione. Esso minacciava di suppurare dopo che fu aperto, e gettò una gran quantità di *materia aneurismale*, simile alla feccia del vino rosso. Questi tumori non divengono dolenti, che allorquando s' infiammano; e fuori di questo tempo non incomodano altro che per il loro volume.

Dei tumori cancerosi delle grandi labbra.

I carcinomi delle grandi labbra differiscono poco da quelli delle altre parti. Il loro volume è generalmente poco considerabile; si aprono sollecitamente, e presentono un' ulcera con i bordi duri, rovesciati, da cui scola una materia icorosa e fetida. Le glandule inguinali s' ingorgano, il dolore si altera, la malata dimagra, e s' indebolisce, e i segni della cachessia cancerosa divengono manifesti. Il solo mezzo di guarigione, è l'estirpazione del tumore, ma spesso si rimane delusi. La piaga risultante dall' operazione si cicatrizza, ma la malattia non tarda a recidivare, riapparendo nello stesso luogo, o all' inguine. Ho più volte praticata questa operazione, ed ho visto sempre ricomparire il cancro, che ha fatto perire la malata in uno spazio di tempo più, o meno lungo. Si è visto il cancro delle grandi labbra presentarsi sotto la forma di un tumore fungoso, ma il più di sovente ha l' aspetto, che è comune alle ulceri cancerose.

Dei tumori steatomatosi delle grandi labbra.

Talvolta si sviluppano nelle grandi labbra dei tumori steatomatosi, i quali vi acquistano un considerabil volume. Si trova nel tomo XV del Giornale di Medicina, la descrizione di un tumore di questo genere, che copriva i due terzi superiori della coscia destra. La pelle, che l' involgeva si era strappata in diversi luoghi, e formava altrettante ulceri, dalle quali scolava una marcia di cattiva natura. Questo steatoma protuberava ancora nella vagina e nel retto, come si sentiva bene con un dito, introdotto in queste parti. Fu risoluto di tentare l' estirpazione, che fu eseguita da Gouteyron, chirurgo maggiore dello spedale di s. Andrea di Bordò. L' aderenze del tumore colle parti, che era necessario di risparmiare, non permessero di estirparlo in totalità, e la porzione che fu asportata pesava quattro libbre. La sua sostanza era simile a quella delle lupie ordinarie, e vi furono trovate delle cisti d' inegual grossezza. Si fecero delle scarificazioni sulla porzione, che non potè essere estirpata, la piaga fu medicata con un' unguento digestivo; la suppurazione si stabilì, e la cisti non tardò a esfoliarsi; le parti, che erano state eccessivamente distese si ravvicinarono, e la cicatrizzazione ne fu completa sette settimane dopo l' operazione.

Malattia della forcella.

La commettitura posteriore delle grandi labbra, che si chiama *forcella*, non è esposta ad altre malattie, che agli strappi. Questi sono quasi sempre prodotti dalla distensione della vulva, operata da un corpo voluminoso, che la traversa, come, per esempio, da un tumore che si estirpa, da uno strumento introdotto nella vagina, e dal passaggio di un feto.

Lo strappo della forcella succede specialmente in un primo parto, particolarmente nelle donne di un' età un po' avanzata, in cui le parti molli sono poco cedevoli. La ristrettezza della vulva, la grossezza del feto, la rapidità del travaglio del parto, sono altrettante circostanze, che concorrono il più di sovente a produrre questo strappo, il quale può limitarsi alla sola forcella, o comprendere in parte o tutto il perineo. In qualche caso gravissimo, si estende anche all'ano, e allora l' intestino retto e la vulva non fanno più, che una sola apertura.

Per prevenire questi accidenti, si deve sostenere diligentemente il perineo nel tempo del travaglio del parto, specialmente allorchè i dolori divengono più forti: si dovrebbe anche procurare di rallentare il travaglio, se la sua troppa rapidità ci facesse temere questo strappo, il quale, come ognun sa, succede specialmente in quelle donne, che non sono assistite in questo tempo, o a cui non viene sorretto bene il perineo. Ma per qualunque causa accade questo strappo, ecco come dobbiamo condurci per rimediarvi.

Se lo strappo è recente e si limita alla sola forcella, non presenta niente di grave, perchè ordinariamente le parti si riuniscono, e se ciò non succede, i bordi si cicatrizzano isolatamente senza che ne resulti alcun' inconveniente. Se lo strappo si estende al perineo, si deve raccomandare alla malata di tenere costantemente le coscie strette, e di coricarsi per fianco, affinchè gli umori, che scolano dalla vagina non ne impediscano la riunione, la quale si può ancora favorire con dei cerotti agglutinativi. Con questi mezzi si giunge talvolta a rimediare a quest'accidente, specialmente allorchè lo strappo non interessa che una piccola porzione del perineo, ma quando l' estensione dello strappo è considerabile, è anche più difficile di guarirlo, ed è, generalmente impossibile, allorchè interessa l' ano.

Quando si sono trascurati questi mezzi di riunione in principio, i labbri della piaga si cicatrizzano separatamente, e la sola risorsa che allor rimane, è di rinfrescarli, asportando la cicatrice, che vi si è formata, o di risvegliarvi l' infiammazione con i caustici. Questi mezzi potrebbero riuscire nei casi di strappo parziale, ma sarebbero insufficienti nello strappo completo. Volendo tentare questa riunione, converrebbe cercare di rapprossimare i bordi dell' antica piaga per mezzo di una conveniente posizione, piuttosto che ricorrere alla sutura, di cui l' esperienza ha dimostrato l' inefficacia. Noi torneremo a parlare di questo oggetto, quando tratteremo dello strappo della parete retto-vaginale.

È stato osservato rimanere intatta la forcella, e strapparsi il perineo; ma anche in questo caso convengono gli stessi mezzi curativi da noi esposti di sopra.

Dei vizi di conformazione della clitoride.

La clitoride ha talvolta delle dimensioni molto più considerabili del naturale; essa può uguagliare, e sorpassare ancora col suo volume, e lunghezza la verga maschile. Questa viziosa conformazione ha portato delle donne ad abusarne con altre; « superbe forse di questa specie di somiglianza coll' uomo, dice Tissot, si sono trovate di queste donne imperfette, che hanno preteso compiere le funzioni virili.... ve ne sono state alcune, che hanno amato le ragazze così teneramente come gli uomini i più appassionati, e che si sono mostrate com' essi gelose di coloro, che sembravano inclinati per le medesime. »

Ma il vizio di conformazione, di cui si parla non solamente porta seco gl'inconvenienti di questo gusto depravato, e di questa antifisica inclinazione, ma espone ancora a risentire del dolore nella sodisfazione degli atti leciti dell' amore, e l' uomo stesso si trova imbarazzato da questa repellente mostruosità.

Quando dunque la clitoride è troppo lunga, bisogna scemarne le dimensioni. A questo oggetto è stata proposta l' allacciatura, ma agisce troppo lentamente, e cagiona troppo dolore. Il bisturino è perciò preferibile, e questa amputazione si eseguisce come quella della verga. Solamente non è applicabile a questo caso il precetto di tirare la pelle a se; e gli stessi mezzi, con qualche modificazione, convengono parimente per arrestare l'emorragia.

La clitoride è talvolta la sede di un tumore scirroso o canceroso. In questo caso ne diviene indispensabile l'amputazione, come converrebbe ricorrervi ancora quando la clitoride avesse consistenza

di un' osso, come racconta di avere osservato il Bartolino.

Dei vizi di conformazione e delle malattie delle ninfe.

Nel maggior numero delle donne le ninfe sono talmente ricoperte dalle grandi labbra, e non sorpassano mai quest' ultime, a meno che non siano piccolissime. In alcuni casi però le ninfe sono così lunghe, che non solamente sorpassano le grandi labbra, ma sono ancora d' imbarazzo nel camminare, nello stare a sedere, e specialmente nel coito. Questa viziosa conformazione è comunissima in alcuni paesi, come, per esempio, in Egitto. Secondo quello, che narra Leone Affricano, vi sono degli uomini nell'Affrica, la cui industria consiste tutta nel sapere ritagliare l' eccedente delle ninfe. In Europa questo vizio di conformazione è rarissimo, e la ninfotomia o sia l'escissione di una porzione delle ninfe, è un' operazione, che si pratica rarissimamente. Mauriceau racconta che fu obbligato di farla in una donna di condizione, la quale andava sovente a cavallo, e che soffriva allora degl' insopportabili bruciori, prodotti dalla confricazione delle piccole labbra, che essa aveva lunghissime. Questa ragione, e il disgusto che questa esuberanza cagionava a suo marito, la determinarono a farsi operare.

L'escissione delle ninfe può farsi con un bisturino, o colle cesoie; questa operazione non offre niente di particolare, e solamente bisogna procurare di far tenere ben ferma la donna, onde impedire i movimenti, che potrebbe farle fare il dolore. La sola compressione è sufficiente per arrestare l'emorragia; ma se un'arteria alquanto grossa rimanesse interessata nel taglio, bisognerebbe allacciarla. Se poi non bastasse neppure la compressione per arrestare il sangue, si potrebbe ricorrere al cauterio attuale.

L'eccessiva lunghezza delle ninfe non è la sola circostanza, che rende necessaria la loro escissione, ma possono esigerla ancora certe malattie di queste parti. La figlia di un mercante della via Grenetat, dell'età di 15 a 16 anni, avendo udito parlare di ermafroditi, credè di essere tale ella stessa, nell' accorgersi che un corpo rossastro le usciva fuori della vulva. Sue essendo stato chiamato, vide che questo corpo rossastro non era altra cosa che un piccolo labbro considerabilmente allungato, ed era sormontato da un piccolo tubercolo simile a una fragola. Fu reciso questo tumore, e le parti rimasero ben conformate (1).

Narra Smellie, che una ragazza assai giovane, essendo caduta da grande altezza sopra un corpo duro, ne riportò una forte contusione nelle parti esterne della generazione. In conseguenza di ciò, si formò in una delle ninfe, un tumore fungoso, lungo dai due ai tre pollici, e grosso un pollice, di cui fu fatta l' escissione con successo.

Le ninfe sono soggette a delle viziose aderenze, ordinariamente accidentali, talvolta congenite, le quali impediscono lo scolo del sangue mestruo, e l'atto della generazione. In tal caso l'escissione è indispensabile.

Le ninfe divengono ancora in alcune donne all'epoca delle purghe, la sede di un'ingorgo, di cui partecipano ancora le caruncule mirtiformi. Pechlino parla di una donna, nella quale questa tumefazione diveniva sì considerabile, che il sangue mestruo non poteva scolare, ed era obbligata d'introdurre un dito fra le parti tumefatte, per aprirli un passaggio.

Le caruncule mirtiformi vanno soggette alle stesse malattie delle ninfe. Talvolta vi si sviluppano dei tumori fungosi; e tal'altra divengono così voluminose da recare dell'incomodo, oltre all'essere molto deforme. Mauriceau riporta che una donna, la quale aveva partorito di recente, andò a trovarlo *mascherata*, per pregarlo di rimediare alla eccessiva lunghezza, che aveva acquistato una delle caruncule mirtiformi, la quale sorpassava di un dito traverso le grandi labbra, ciò, che rincresceva molto a questa donna. Mauriceau praticò l'allacciatura per abolire « il superfluo di questa caruncula ». La guarigione fu completa in quattro giorni.

Vizi di conformazione e malattie del meato orinario.

Il meato orinario rimane sovente pervio, quando la vulva è imperforata; ma talvolta l'imperforazione si estende anche a questo canale, e si dà pure il caso di trovare il solo suo orifizio imperforato,

(1) *Enc. metod. art. anat. patol.*

essendo la vulva ben conformata. Si conosce raramente questo vizio di conformazione al momento della nascita, ma poco dopo uno si accorge che la bambina non orina; essa piange, si agita, e in breve tempo comparisce un tumore ovale nella regione ipogastrica, che è formato dalla distensione della vescica. Queste circostanze portano ad esaminare l'orifizio dell' uretra, e allora si vede che è chiuso da una sottil membrana, spinta in avanti ordinariamente dall'orina accumulata nel condotto, e la cui distensione aumenta quando la bambina contrae i muscoli addominali, e specialmente quando piange forte. Si rimedia a questa perclusione incidendo la membrana, che la produce, e introducendo fissamente per cinque o sei giorni nell'uretra, una piccola siringa di gomma elastica. In alcuni casi, come ha osservato Schultz, nella membrana, che ottura il meato orinario, avvi una piccolissima apertura, per la quale stilla l'orina, e la bambina soffre la maggior parte dei segni della disuria. In tal caso bisogna dilatare questa piccola apertura, introducendovi una sottil tenta solcata, che serve a guidare il bisturino.

Allorchè in vece di una semplice membrana, che ottura l'estremità dell'uretra, si trova questo canale ristretto, o obliterato, il caso è molto grave. Talvolta, in questi casi, la natura apre un'altra strada artificiale all'orina, che viene fuori dall'ombilico; ma il più di sovente la bambina perisce, o sia essa abbandonata alle sole risorse della natura, o che si tenti di aprire un'altra strada all'orina con qualcuno dei mezzi da noi già indicati. (*Malattie della vescica*) Nel parlare delle affezioni dell'ombilico, noi abbiamo citato alcune rimarcabili osservazioni di deviazioni dell'orina, che hanno persistito fino all'età adulta, e che vi si è rimediato, perchè l' uretra era semplicemente otturata da una membrana. Ma ogni tentativo sarebbe stato inutile se per esempio, come nel caso osservato da Cabrol, l'uretra fosse stata obliterata.

Si sviluppa talvolta in un punto della circonferenza del meato orinario, e più spesso nella sua parte inferiore un'escrescenza fungosa, rossa, gemente sangue, e dolorosissima nell'attrito, e talvolta nel contatto dell'orina. Raramente questa escrescenza è voluminosa, ma ciò nonostante il dolore che cagiona alla donna, le fa desiderare di liberarsene, e il solo mezzo di guarigione n'è l'escissione, o la cauterizzazione col ferro rovente. Io mi sono servito sempre del ferro tagliente, e costantemente con successo. Se la malattia si riproducesse dopo essere stata asportata col bisturino, bisognerebbe replicare l'operazione, e applicarvi il cauterio attuale, onde distruggere tutto ciò, che fosse sfuggito al ferro tagliente.

Delle malattie comuni a tutte le parti della vulva.

Le principali malattie, che attaccano tutta l'estensione della vulva, o che possono manifestarsi in qualcuno dei suoi punti, sono l'eresipela, l'erpetri, l'ulceri e l'escrescenze veneree, e i tumori cancerosi.

— L'eresipela della vulva non è molto rara. Ora ha il suo principio in questa parte, ed ora dalle parti vicine si estende ad essa. Ciò, che offre di particolare, è la tumefazione che determina nelle grandi e piccole labbra il vivo bruciore che vi risveglia, e la suppurazione e l'escare superficiali; in cui termina questa infiammazione in molti casi. Essa è talvolta causata dai primi accoppiamenti coll'uomo, e in alcune circostanze le parti strappate si esulcerano, e scola una materia mucosa dalla vulva, ciò, che ha fatto commettere lo sbaglio ad alcuni chirurghi di prendere questa malattia per una affezione venerea. La cura non esige niente altro di particolare, che di prevenire l'aderenze viziose delle parti infiammate, facendo fare delle frequenti iniezioni nella vagina, o introducendovi uno stuello inzuppato in una forte decozione di semi di lino, in vece di ungere le parti con un corpo grasso, che nuoce sempre nelle affezioni erisipelatose.

— L'erpetri della vulva si estendono ordinariamente alla faccia interna e superiore delle coscie, e vi cagionano un'incomodissimo prurito. Sovente sono accompagnate da uno scolo mucoso e acre dalla vagina, e l'escrezione dell'orina e la copula cagionano dei vivi dolori. A queste erpetri deve applicarsi la stessa cura dell'erpetri in generale.

— L'ulceri veneree possono manifestarsi su tutti i punti della vulva, e rassomigliano molto nella loro forma e svi-

luppo a quelli della verga. Altre sono accompagnate da una tal tumefazione delle grandi e piccole labbra, che ne rimangono affatto chiusi gli orifizi della vagina e dell'uretra. Queste ulceri fanno talvolta dei rapidissimi progressi, e in un piccolissimo spazio di tempo rodono profondamente e distruggono in parte le grandi e piccole labbra. In alcuni casi traforano l'uretra e la parete retto-vaginale. La cura di queste ulceri, è la stessa di quella della verga; ma allorchè occupano la forcella, conviene mettervi sopra uno stuello di fila, o un pezzetto di spugna, per procurare l'assorbimento delle materie, le quali accumulandosi in questo punto, favorirebbero i progressi dell'esulcerazione.

— L'escrescenze sifilitiche della vulva sono le stesse di quelle della verga, e richiedono la stessa cura.

— Riguardo poi ai tumori cancerosi di questa parte, l'esportazione e la cauterizzazione sono i soli mezzi di guarirli, quando il male è locale. Questi mezzi non sempre riescono, ed io ho visto parecchie volte ricomparire i tumori dopo l'estirpazione, con i segni generali della cachessia cancerosa.

ARTICOLO II.

Malattie delle parti interne della generazione.

Queste malattie attaccano la vagina, e l'utero e le sue dependenze, come le ovaie, le trombe di Falloppio e i legamenti larghi. Io non parlerò adesso che delle malattie della vagina e dell'utero. *Dei vizi di conformazione e delle malattie della vagina. Vizi di conformazione.*

Questi vizi sono vari e numerosi. I principali consistono nell'apertura della vagina nel retto, la sua strettezza congenita o accidentale, e la sua imperforazione.

L'apertura della vagina nel retto è stata osservata poche volte. Se ne trova un'esempio nel giornale dei letterati dell'anno 1777; un'altro nelle memorie di Berlino dell'anno 1774. Louis ne riporta un'altra osservazione in una tesi sostenuta sotto la sua presidenza nelle scuole di chirurgia, che noi andiamo a trascrivere tutta intiera. « *Alia imperforationis* Apparentis *species hic manet recensenda, de qua non ita pridem Parisiis vidimus exemplum notatu dignum, vernaculi in academiarum commentariis non tradendum, ob verecundiam de re pudenda servandam. Adolescentula in qua nullum vulvae et vaginae vestigium, per anum purgationes menstruas patiebatur: eam vir quidem adamavit, et huic qua data via se commisit, non tangenda transiliens vada. Quod alibi nefanda fuisset faetiditas, in hoc casu fuit secundum naturae intentum. Gravida enim facta, faetum tempore opportuno enixa est, lacerato ani sphintere. An uxor sic disposita uti fas sit? Judicent Theologi morales* ».

Si è visto anche la vagina aprirsi nella vescica orinaria, e Maret di Digione ne cita un esempio.

— La strettezza della vagina può essere congenita o accidentale, estesa a tutta la lunghezza di questo canale, o limitata a una sola parte di esso, e particolarmente al suo orifizio. Questo ostacolo non impedisce lo scolo del sangue mestruo, e il più di sovente non si scopre che all'epoca, in cui la donna si abbandona ai piaceri dell'amore. Il chirurgo deve prima di tutto procurar di venire in chiaro se la ristrettezza della vagina ne occupa il solo orifizio, o si estende a tutto il canale. A tale effetto egli deve introdurvi una siringa alla profondità di due pollici, e imprimerle dei movimenti da una parte all'altra, in alto e in basso: se questi movimenti sono facili egli ne deduce che le pareti della vagina sono molli e flessibili, e che il vizio non si estende al di là dell'orifizio ristretto. Ed in questo caso non deve fare altro che incidere il solo orifizio da destra a sinistra per una conveniente estensione, con un bisturino retto, colla lama stretta e bottonata. Conviene poi porvi una meccia di fila, che si cambia più volte nella giornata, e di cui si continova l'uso fino all'intiera cicatrizzazione delle piaghe. Io ho incontrato per due volte questo vizio di conformazione, e vi ho rimediato per mezzo dell'operazione, che ho descritta.

La ristrettezza accidentale dell'orifizio della vagina è prodotta da diverse cause,

come da un parto laborioso (1), dalle bolle del vaiolo, dalle ulceri veneree, dall'uso inconsiderato delle iniezioni astringenti dopo il parto, e dall' infiammazione di queste parti esulcerate, o strappate messe a contatto.

Gli effetti di questo ristringimento accidentale della vagina, sono gli stessi di quelli del ristringimento congenito: il sangue mestruo può scolare all' esterno, ma l' intromissione del pene è impossibile. I remedii da usarsi sono parimente gli stessi, avvertendo solamente d' insistere per lungo tempo dopo l' operazione, su i mezzi propri a impedire una nuova coartazione delle parti.

Si giudica che il ristringimento si estende a tutta la lunghezza della vagina, allorchè si sente che la siringa introdottavi non si può muovere. Il più di sovente questo ristringimento così esteso è un vizio congenito, essendo raramente la conseguenza delle cause medesime, che producono il ristringimento parziale. Questo vizio quantunque non permetta l' intromissione del pene, non sempre impedisce la fecondazione.

Quanto è facile di rimediare al ristringimento parziale della vagina, altrettanto è difficile di distruggere il ristringimento totale. Se si ricorre al ferro tagliente, l' operazione è laboriosissima, e incertissimo il suo successo, e si rischia di ferire la vescica, e il retto, come accadde a Roonhuysen, conforme egli candidamente confessa nelle sue osservazioni. E quand' anche si giungesse a operare questa dilatazione, sarebbe difficilissimo di mantenere la via aperta. I dilatatori sono preferibili al ferro, i quali, quantunque non producano sempre un costante vantaggio, non sono però pericolosi, e si può tornare ad usarli più volte. Assai spesso questi mezzi hanno avuto un pieno successo, come costa dall' osservazione. Benevoli riporta un' esempio di una donna, che aveva la vagina così stretta in tutta la sua lunghezza, che vi penetrava appena con molta difficoltà una penna da scrivere di mediocre grossezza. Questa donna era maritata da tre mesi, e siccome il matrimonio non aveva potuto esser consumato, doveva essere sciolto a forma delle leggi esistenti, e l'epoca fissata per questo scioglimento non era lontana. Benevoli s' incaricò di rendere questa donna capace di sodisfare ai doveri coniugali. La causa del ristringimento della vagina era ignota, ed è verosimile che questo vizio fusse congenito. Le pareti di questo canale erano dure e quasi callose. Benevoli incominciò dal prescrivere per parecchi giorni delle fomente ammollienti, e poscia introdusse fino al fondo della vagina un pessario di radice di genziana, simile a quelli, che si usano per dilatare l' orifizio delle fistole: esso rimpiazzò questo pessario con altri progressivamente più grossi, e la vagina acquistò tanta ampiezza da ammettere la midolla contenuta nei fusti del grano di Turchia. Questi diversi corpi impregnandosi degli umori separati dalla vagina, si gonfiavano e ne dilatavano le pareti. Benevoli si servì in seguito di spugne preparate, e di tempo in tempo faceva fare delle iniezioni per cicatrizzare le piccole escoriazioni, che potevano produrre i pessarj, e quando il prefato autore cessò di vedere questa donna, la sua vagina aveva acquistata una conveniente larghezza, ma avendole raccomandato di continuare l'uso delle spugne, ancora per qualche tempo, fu poi da essa informato che i di lui consigli avevano avuto il successo, che ella desiderava.

Si trova nelle memorie dell' Accademia delle Scienze (2) un' osservazione di un ristringimento della vagina, che si dissipò senza il bisogno dei soccorsi dell' arte. Una donna maritata all' età di 16 anni, aveva la vagina così stretta, che non poteva penetrarvi una penna d' oca, e questo canale non era otturato da alcuna membrana. In ciascun' epoca della ricorrenza delle regole, si sentiva nella regione dell' utero una dolorosa tensione, dipendente, senza dubbio dalla difficoltà con cui il sangue traversando la vagina, la quale secondo il chirurgo che medicava questa donna, era più stretta dalla parte dell' utero, che verso la vulva. Oltre i dolori che la malata soffriva nel tempo dello scolo delle regole, essa era ancora tormentata da un giovine e vigoroso marito, il quale sperava sempre

(1) *Saviard. oss.* 32 *p.* 129.
(2) *Ann.* 1712. *Ist. p.* 37.

di aprirsi un passaggio, senza però potervi riuscire. Finalmente dopo undici anni essa ingravidò, senza che il marito fosse potuto riuscire nel suo intento. Il suo chirurgo era persuaso che essa non avrebbe potuto partorire per le vie naturali, ma verso il quinto mese la vagina incominciò a dilatarsi, e divenne sempre più ampia nei mesi successivi di modo, che alla fine della gravidanza aveva acquistato l' ordinaria larghezza, e la donna partorì felicissimamente. Nell' istessa raccolta si legge un' osservazione, che offre una rimarcabile analogia colla precedente (1). Una signora di Brest aveva la vagina così stretta che ammetteva appena una penna da scrivere: ciò nonostante ingravidò e partorì dopo tre ore di dolori, un figlio grosso e robusto. La sola differenza che si trova fra questi due fatti, è che nel primo la vagina cominciò a dilatarsi verso il quinto mese, e nel secondo la dilatazione si operò solamente nel tempo delle più forti doglie, e bisognò cooperarvi colle dita. In ambedue i casi, i soli sforzi della natura sono stati sufficienti per dilatare la vagina e facilitare il parto, ma sarebbe per altro imprudente in simili circostanze di abbandonare la donna ai soli soccorsi della natura; e quindi è che ogni volta che una donna, la quale ha la vagina così stretta da non ammettere il pene, diviene incinta, si deve procurar per tempo di dilatare questo condotto con i convenienti mezzi, i quali non avrebbero dovuto trascurarsi nei due casi citati di sopra. Ma quando sono stati omessi, e che il parto incontra un' ostacolo per parte del ristringimento della vagina, conviene ricorrere all' operazioni, che si crederanno opportune, e che la prudenza permetterà di praticare. Pineau parla di una donna, a cui fu fatta un' incisione in uno dei lati della vagina per favorire il parto. Questa operazione deve eseguirsi con un bisturino, guidato da una tenta solcata, o da un dito. Se l' introduzione della tenta o del dito non fosse possibile, il chirurgo troverà altre risorse nel suo genio.

Dell' imperforazione della vagina.

Si chiama così l' otturamento di questo canale prodotto da qualunque causa. Se il sangue delle regole non può scolare esternamente, l' imperforazione si dice completa, ed è incompleta quando il sangue scola con difficoltà. Tanto l' una, che l' altra specie di imperforazione può essere congenita, o accidentale, e le donne nelle quali esiste, si dicono *imperforate.*

L' imperforazione della vagina non produce alcun' accidente fino all' età della pubertà. A quest' epoca, se l' otturamento è completo impedisce lo scolo del sangue mestruo; e se è incompleto, il sangue scola, ma con molto stento: il coito è impossibile, ma non già la concezione, conforme abbiamo già detto, parlando dell' angustia della vagina, la quale può considerarsi come una specie d' imperforazione incompleta.

L' imperforazione incompleta o accidentale della vagina è rarissima. Se ne trova un' esempio nelle Transazioni filosofiche, anno 1732 p. 45. Una donna partorì due figli, e in conseguenza di questo parto i bordi dell' orifizio della vagina si unirono insieme così esattamente, che ne rimase impedito lo scolo dei mestrui. Otto mesi dopo soffrì di una ritenzione d' orina, prodotta dalla compressione che la vagina, distesa dal sangue mestruo, esercitava sull' uretra e sul collo della vescica. Fu ristabilito l' orifizio della vagina per mezzo d' un' incisione cruciale, e ne scolò circa tre boccali di sangue: la ritenzione d' orina cessò, e nello spazio di alcuni momenti questa donna fu guarita di un' affezione, che la incomodava da parecchi anni.

— *L' imperforazione congenita incompleta*, dipende ordinariamente da una viziosa disposizione dell' imene. Ora questa membrana ha una forma circolare, ed ha un foro nel suo centro; ora ha la figura di una mezza luna, e nasce dalla sua parte media una specie di ligamento, che va ad inserirsi sotto il meato orinario. Questo ligamento lascia da ambi i suoi lati un' apertura, per cui si potrebbe introdurre una siringa nella vescica; e da cui scola il sangue mestruo, ma non potrebbe però penetrarvi il pene. Io non conosco che un' esempio di questo genere d' imperforazione congenita incompleta; ed è riportato da Smellie nel suo Trat-

(1) *Ann.* 1748. *Ist. p.* 58.

tato di Ostetricia. L'altra specie è molto più frequente, e gli autori narrano un gran numero di fatti di simil natura. Ci contenteremo di citarne qualcuno. Ruischio (t. 1 oss. 22) racconta che fu chiamato per soccorrere una donna in travaglio del parto, nella quale l'imene, che ancora sussisteva intatto, si opponeva all'uscita della testa del feto. Dopo averlo egli inciso colle debite precauzioni, vide più in dentro nella vagina un'altra forte membrana, che parimente incise, e tosto si effettuò il parto. Mauriceau (oss. 489) riporta la storia di una donna, la quale aveva concepito senza l'intromissione del pene, come appariva chiaro dall'integrità dell'imene. Una donna di 18 anni, aveva l'orifizio della vagina otturato da una membrana così dura e compatta, che il suo marito non potè romperla, anzi i suoi sforzi gli cagionarono un parafimosi. Frattanto si conobbe che questa donna era incinta. La membrana imene fu incisa, e il parto successe poi quattro mesi dopo (1). La fecondazione delle donne, che formano il soggetto di queste osservazioni, prova che in esse l'imperforazione della vagina non era completa, almeno in principio: si potrebbe supporre, ma con poca probabilità, che l'imperforazione avesse avuto luogo accidentalmente dopo la fecondazione; mentre è più verosimile che l'imene offrisse un piccolissimo orifizio, che sarà sfuggito all'attenzione degli osservatori, che abbiamo citati, o di cui essi avranno trascurato di far parola. Non si può ragionevolmente ammettere che la concezione possa aver luogo, quando l'otturamento della vagina è completo. Nel caso riportato da Ruischio, in cui la vagina era otturata profondamente da una seconda membrana, è più difficile di comprendere come possa essere successa la fecondazione. Questo autore suppone che la seconda membrana siasi formata nel tempo della gravidanza: questa supposizione è assai ingegnosa, ma non posa su di alcun fondamento, e non si comprende qual circostanza avrebbe potuto dar luogo alla formazione di questa membrana, allorchè l'otturamento dell'orifizio della vagina allontanava tutte le cause conosciute dell'infiammazione.

— *Imperforazione congenita completa*. Questa imperforazione si presenta sotto due forme: ora l'orifizio della vagina è chiuso da una membrana più, o meno compatta, che non è altro che l'imene imperforato; ora manca tutta la vagina, o solamente in parte, ed il suo posto è occupato da una sostanza solida fibrosa.

La perclusione della vagina, prodotta dall'imene è la più frequente, e gli autori ne riportano moltissimi esempi. Solamente all'età della pubertà, delle particolari circostanze fanno sospettare l'esistenza di questo vizio. Allora il sangue esalato dall'utero non potendo uscir fuori dalla vagina, si accumula in questo canale, e poscia nella stessa cavità dell'utero, e vi cagiona un senso di peso, del dolore, e finalmente una tumefazione oscura in principio, poi manifesta, e sempre crescente a segno di simulare la gravidanza. La distensione, che soffre la vagina è tale, che la membrana, la quale l'ottura è spinta in fuori fra le grandi labbra, e forma un tumore, che è stato talvolta preso per un rovesciamento della vagina, o per il prolasso dell'utero. La quattrocento novantacinquesima osservazione di Mauriceau mi sembra offrire un caso di questa specie. Quest'Ostetrico fu chiamato per visitare una donna di venticinque anni, dalla quale il suo marito pretendeva di separarsi per causa della di lei sterilità. Questa donna non era stata mai regolata; ma di tempo in tempo soffriva dei dolori paragonabili a quelli del parto; il suo ventre si era tumefatto a segno, che ella s'immaginava quasi di essere gravida. Mauriceau avendola esaminata, vide sotto il condotto dell'orina nel luogo, in cui il *collo dell'utero* (la vagina) avrebbe dovuto essere aperto, un tumore assai considerabile: egli l'incise con una lancetta, e ne uscirono parecchi boccali di una materia simile alla feccia del vino. Le coliche periodiche, cui questa donna era soggetta, non comparvero più, e circa due mesi dopo divenne incinta.

I segni razionali di questa viziosa conformazione cominciano dunque a manifestarsi, come abbiamo detto, all'età della pubertà. La ragazza soffre allora i sintomi, che precedono e annunziano lo scolo del sangue mestruo, ma intanto questo

(1) *Guillemeau. Trat. di Ostet. lib. II. ch. X. p.* 141 *e* 142.

scolo non comparisce all'esterno, ed essa rimane in uno stato di straordinario malessere, e alla fine di un mese delle coliche uterine indicano il nuovo imperfetto sgravio della natura: a ciascun'epoca del ritorno dei mestrui gli accidenti divengono più gravi, e nei successivi intervalli la ragazza soffre ancora maggiormente. Finalmente si tumefà il ventre, e le mammelle acquistano un considerabil volume, atteso che la distensione dell'utero concorre colla pubertà a questo sviluppo. Si citano molti esempi di ragazze imperforate, che furono credute gravide, quantunque non fossero atte a divenire madri; e alcune sono state perfino scacciate ignominiosamente dalla casa paterna, nella persuasione che avessero mancato ai loro doveri.

Se si esaminano le parti della generazione, dilatando le grandi e piccole labbra, si vede che l'orifizio della vagina è otturato da una membrana, protuberante ordinariamente un poco all'infuori, e che forma come una specie di tumore molle e cedevole. Questi segni sensibili, congiunti alle altre circostanze della malattia, non possono lasciare alcun dubbio sulla causa degli accidenti. Ma nonostante la facilità del diagnostico, quest'affezione non è stata sempre conosciuta, e la ritenzione del sangue mestruo ha cagionato la morte alle malate. È credibile, quantunque niun fatto autentico lo provi, che qualche volta la membrana, che ottura la vagina, siasi rotta spontaneamente. Ma questi casi, se si danno, devono essere rarissimi, e quando s' incontra un simil vizio di conformazione, il chirurgo deve distruggerlo. L' indicazione è precisa, e consiste nell' incidere l'imene. A tal fine si fa stendere la malata supina, colle gambe larghe, che si fanno tener ferme. Quindi s'immerge la punta del bisturino nella membrana, e s'introduce il dito indice nella vagina per farlo servire di conduttore allo strumento a fine d' ingrandire l' incisione nei lati, paralellamente all'orifizio della vagina. L'incisione deve essere abbastanza grande da permettere la facile introduzione di tutto il dito.

Appena incisa la membrana, il sangue accumulato nella vagina e nell'utero vien fuori; questo fluido è talvolta sieroso e in uno stato di dissoluzione, ma non esala un cattivo odore, sicuramente perchè non aveva niuna comunicazione coll'aria. Dopo essere venuto fuori impetuosamente al momento della punzione, seguita poi a scolare lentamente poco a poco per più giorni.

L'incisione della membrana non apporterebbe che una passeggiera guarigione, se non si procurasse d'impedirne la riunione, introducendo nella vagina uno stuello di fila, di cui si deve continuare l'uso per alcuni giorni; si fanno poi delle iniezioni, per fare uscir fuori il sangue coagulato, e le concrezioni membranose e polipose, che si possono essere formate nella vagina, stante il lungo soggiorno, che il sangue vi ha fatto.

In un caso osservato da de Haen, dopo l'incisione dell'imene e il successivo scolo del sangue, si manifestarono dei vivi dolori, della tensione nella regione ipogastrica, il vomito, la febbre, ed, in una parola, i segni d'infiammazione del basso ventre. I salassi e gli altri mezzi antiflogistici, che furono prescritti, dissiparono questi accidenti. Questa infiammazione, noi siamo di parere, che non possa attribuirsi all'incisione della membrana imene, offrendo essa la più grande analogia con quella, che si dichiara nel peritoneo dopo il parto, a cagione del subitaneo cangiamento, che si opera nel volume dell'utero e nei suoi rapporti colle parti vicine. Le stesse cause agiscono in questa circostanza, sebbene con minore attività, e possono produrre lo stesso effetto, che noi dobbiamo procurare di combattere ancora con gli stessi mezzi.

Dell' assenza della vagina.

L' imperforazione per l' assenza della vagina, se così può chiamarsi questo vizio di conformazione, si presenta con delle modificazioni molto rimarcabili: 1.° in alcune donne non esiste alcuna traccia delle parti esterne della generazione: la vulva è rimpiazzata da una specie di rafe simile a quello, che nell'uomo si estende dalla radice della verga fino all' ano; il clitoride ordinariamente manca, o se esiste, è piccolissimo; una piccola apertura corrisponde all'uretra, e dà esito all'orina: 2.° in alcune altre si osservano due ripiegature analoghe alle grandi labbra, che partono dal pube e vanno a terminare all'ano, e formano una specie di fossa naviculare: dilatando queste due ripiegature, vi si osserva in mezzo solamente

un cul di sacco, nel fondo del quale è un rafe, che si dirige in dietro; e del rimanente non si trovano nè piccole labbra, nè alcun vestigio dell'orifizio della vagina: 3.° in altre donne esistono le parti esterne della generazione, ma la vagina ha appena un terzo della sua ordinaria lunghezza, e termina in un cul di sacco, al di là del quale avvi una sostanza solida.

Qualunque sia pertanto la disposizione delle parti esterne della generazione, ora non avvi alcun vestigio della vagina, e ora si trova nel luogo, che dovea occupare questo canale, una sostanza fibrosa. Ed ecco il modo di conoscere qual'è quello di questi due stati, che esiste: s'introduce nel meato orinario una siringa d'argento e il dito indice nel retto; se con questo dito si sente benissimo la siringa introdotta nella vescica, e che non vi sia di mezzo che delle sottili membrane, si giudica che non esiste la vagina, che nulla la rimpiazza, e che il retto è a contatto immediato colla vescica e col canale dell'uretra. Se, al contrario, il dito sente la siringa a traverso di parti compatte e dure si conclude che avvi qual cosa di mezzo fra il retto e la vescica, e può essere un rudimento della vagina, o una sostanza fibrosa.

Queste diverse viziose conformazioni non danno luogo ad alcun'accidente fino all'età della pubertà. A quest'epoca possono sopraggiungere dei gravissimi sintomi, e talvolta anche niuno; e questa differenza dipende dalla maniera, con cui sono disposte le parti interne.

Fra le donne che mancano di vagina, alcune sono prive anche dell'utero, e se esiste, è piccolo, mal conformato, e improprio alla secrezione del sangue mestruo, altre hanno l'utero nel suo stato naturale, ed in queste all'età della pubertà il sangue si versa, si accumula nella cavità uterina, e la distende: e gli accidenti, che sopraggiungono a quest'epoca nella ragazza così conformata, ci fanno conoscere che il vizio degli organi genitali esterni non si estende alle parti interne. Ma se poi la ragazza passa l'età, in cui si stabilisce il flusso mestruo senza soffrire alcun'accidente di questa specie, si deduce da ciò che manca l'utero, o che se esiste, è almeno mal conformato. Si trovano negli autori un certo numero di fatti relativi a questo vizio di conformazione. Morgagni racconta che fu consultato per una contadina, le cui parti esterne della generazione erano nel loro stato naturale, ma la vagina terminava bruscamente verso il terzo della sua lunghezza. Non vi era alcuna cicatrice in questo luogo, nè al di sotto, e la donna come pure i suoi genitori non si ricordavano che fosse mai stata attaccata da ulcere, nè da altro vizio capace di produrre l'adesione delle pareti della vagina. Queste pareti esaminate attentamente offrivano da per tutto lo stesso aspetto, e la porzione della membrana, che tappezzava il cul di sacco, non differiva in nulla da quella che ne formava le parti laterali. Questo cul di sacco poi non cedeva alla pressione del dito, come avrebbe fatto una semplice parete membranosa, ma era resistente come un corpo fibroso. Finalmente la donna, che era nel fiore dell'età non era mai stata regolata. Morgagni suppose che fosse mancante d'utero, o se questa viscera esisteva, che non fosse propria alla esalazione del sangue mestruo o per essere troppo piccola, o per tutt'altra ragione.

Morgagni fu ancora consultato da un'altra donna maritata da tre anni, la quale diceva di avere la vagina molto stretta, per cui un medico assai stimato le aveva consigliato l'uso dei dilatatori; ma essa ne aveva risentito tanto incomodo, che era stata forzata di renunziarvi. Morgagni nell'esaminare le parti della generazione, vide che la vagina mancava intieramente, e che il canale stretto, ov'erano stati introdotti i corpi dilatanti, era l'uretra. Egli domandò alla donna se aveva mai avuto le regole, e se di tempo in tempo sentiva dei dolori ai lombi e al pube: e la risposta fu negativa. Queste circostanze congiunte all'età della donna, alla sua perfetta salute e alla sua freschezza, indussero il prefato autore a pensare come nel caso precedente, che mancassero, cioè, la vagina e l'utero.

Morand ha inserito nei suoi opuscoli di chirurgia un fatto analogo. Questo chirurgo fu consultato insieme con Ferrein. Petit e Winslow, relativamente a una domanda di scioglimento di matrimonio, fatta da un sarto parigino, il quale non aveva potuto consumarlo colla sua moglie. Due chirurghi avevano precedente-

mente visitato questa donna, e l'avevano trovata mancante della vagina, e di qualunque specie di condotto, che potesse ricevere non solo il membro virile, ma anche uno specillo. Tutto l' apparecchio esterno del sesso consisteva in due ripiegature della pelle, che nella loro congiunzione presentavano un rafe, che terminava verso l'ano in un cul di sacco, senza apertura che corrispondesse alla fossa naviculare. Nella supposizione di una vagina nascosta sotto l' apparenze esterne di una coalescenza contro natura di queste parti, era stato tentato di scoprirla per mezzo di una profonda incisione, che era stata fatta senza successo, non avendo incontrato lo strumento che delle carni molto dure, senza alcun condotto, nè cavità che potesse rappresentare una vagina estesa fino all' utero. Questa donna d'altronde non era mai stata regolata, nè aveva sofferto alcuno degli accidenti che annunziano il conato mestruo, o che indicano l'accumulo del sangue nell'utero. Niuna circostanza commemorativa faceva presumere un' aderenza accidentale della vagina; tutto, al contrario, confermava nell'idea di un vizio congenito. Ciò nondimeno i due altri chirurghi consultati sullo stesso soggetto furono di parere che potesse esistere solamente una parziale perclusione della vagina, e che se l'incisione già stata fatta fosse stata più profonda, avrebbe potuto rendere abile questa donna a sodisfare ai doveri coniugali. Ferrein, Petit e Morand nuovamente riuniti, persisterono nella loro primiera opinione, e la confermarono con dei nuovi ragionamenti.

Io ho avuto occasione di osservare un caso, che ha una grande analogia, con quelli che ho riportati. Una ragazza era pervenuta fino all' età di 21 anno senza essere stata mai regolata, e senza aver sofferto niuno di quelli accidenti, che nascono dalla ritenzione dei mestrui. Godeva d'altronde di una florida salute, e ignorava l'esistenza del vizio di conformazione delle sue parti genitali. Un giovine, a cui essa volle accordare i suoi favori, fece degli inutili sforzi per profittarne, e riconobbe che era inabile all'atto, cui voleva prestarsi. Fu consultato un'ostetrico, il quale dichiarò che la vagina era imperforata, e propose un operazione, per cui chiese tre luigi, da pagarsegli anticipatamente. Questa esigente richiesta dell'ostetrico, obbligò la ragazza a rivolgersi ad altri chirurghi, e venne da me. Ecco qual'era la disposizione delle sue parti: le grandi labbra erano a contatto, e la loro conformazione non offriva alcun vizio apparente; ma scostandole si vedeva sotto il meato orinario una apertura, che non aveva più di un mezzo pollice di profondità, e presentava la forma d'un'imbuto a cagione degli sforzi che il suo amante aveva fatti per sormontare la barriera, che si opponeva al compimento dei suoi desiderj. Volendo io conoscere più esattamente lo stato delle parti interne, introdussi una siringa nell'uretra, e il dito indice della mano destra nel retto. Sentii assai distintamente la convessità della siringa col dito introdotto nell'intestino per persuadermi che la vescica e il retto si toccavano, e che non vi era di mezzo la vagina. Diressi il dito in diversi sensi e specialmente in avanti e in alto per trovar l'utero, ma non potei incontrare niente che lo rassomigliasse; e quindi è che fui autorizzato a concludere che questa ragazza era mancante d'utero.

Conosco una giovine donna, la quale è nello stesso caso. Essa non aveva che sette o otto anni, quando fu sottoposta al mio esame: non esisteva nella medesima quasi alcun vestigio delle parti esterne della generazione. Si vedeva solamente nel luogo delle grandi labbra due piccole ripiegature della pelle, che nascevano dal pube, e che andavano poco a poco a perdersi verso l'ano sotto forma di commettitura. Nel mezzo dello spazio compreso fra queste due ripiegature della pelle, vi era una specie di rafe, che si estendeva dal meato orinario fino all'ano; non esistevano nè le ninfe, nè la clitoride. Colla siringa introdotta nella vescica, e coll'indice portato nel retto, sentii che fra queste due parti non vi esisteva che una parete membranosa, la quale non era differente della parete retto vescicale dell'uomo, e conclusi perciò che mancava la vagina. Pervenuta all'età della pubertà, questa ragazza non soffrì alcuno di quei fenomeni, che precedono e accompagnano l'eruzione delle regole, nè in seguito fu inquietata da alcuno accidente, che ne potesse far sospettare la ritenzione. Arrivata ai 18 anni, i suoi

genitori volevano maritarla, e io fui di nuovo consultato per sapere se per mezzo di qualche operazione era possibile di metterla in stato di divenire sposa e madre; la mia risposta fu negativa, ma ciò nonostante ella fu maritata a un giovine, il quale era stato prevenuto del vizio di conformazione, che essa portava, e il quale trovò in una ricca dote un sufficiente compenso. Il seno in questa donna è poco sviluppato, e alcuni radi peli coprono il monte di venere.

È molto probabile che nei diversi casi, di cui abbiamo parlato, esistesse nel tempo stesso la mancanza dell'utero e della vagina, quantunque questa opinione non sia convalidata dall'apertura dei cadaveri. Parecchi fatti, e segnatamente quelli riportati da Colombo e da Fremondo suo compatriotta, dimostrano che l'utero può mancare, ed è verosimile che mancasse in tutti i citati casi, o che non n'esistesse tutt' al più che un rudimento.

Se quando la vagina manca completamente nella sua parte superiore, o che esiste in sua vece una specie di cordone ligamentoso, l'utero non manca e si trova nel suo stato naturale, ne avvengono all'età della pubertà dei gravi accidenti: non solamente la donna è priva dello sgravio dei mestrui e inabile alla concezione, ma questo sangue accumulandosi nella cavità dell'utero nel ritorno di ciascun periodo dei mestrui, cagiona dei dolori e una tumefazione, che aumenta evidentemente ogni mese. I segni, che indicano questa congestione di sangue nell'utero sono in parte gli stessi di quelli, che si osservano nei casi di otturamento completo dell'orifizio della vagina, mentre si deve solamente eccettuarne il tumore della vagina e fra le grandi labbra. La distensione dell'utero si riconosce solamente palpandolo nella regione ipogastrica, a traverso le pareti addominali, e portando un dito nell' intestino retto. Questo vizio di conformazione, che a prima vista potrebbe sembrare meno grave del precedente, in cui manca la parte superiore della vagina e l' utero, è al contrario, assai più pericoloso, ed è facile di comprenderne la ragione: nel primo caso la donna non è regolata, e nel secondo il sangue mestruo si versa nell' utero, e non potendo scolare all' esterno, vi si accumula, e la morte è l'inevitabile conseguenza di questa raccolta. Il solo mezzo di prevenire questo funesto fine sarebbe di aprirsi una strada fino all' utero, per cui sgorgherebbe il sangue. L' operazione, che si praticherebbe a questo oggetto, potrebbe essere tentata dalla parte del perineo, o per la via del retto. Ma non è praticabile per la parte del perineo che allorquando avvi, in luogo della vagina, una sostanza più o meno compatta, a traverso della quale lo strumento può essere spinto fino all' utero, senza interessare la vescica nè il retto, e si conosce che esiste questa sostanza introducendo una siringa in vescica, e l'indice nel retto, come abbiamo già indicato di sopra. Se la vescica e il retto sono semplicemente separati da una sottil parete, la ferita dell'una, o dell'altro sarebbe inevitabile; ed in questo caso non avvi altra risorsa che di tentare la punzione dell'utero per la via del retto, con un trequarti curvo.

Un'osservazione riportata da de Haen, viene in appoggio di quanto abbiamo detto sul pericolo di penetrare nella vescica, nel fare il tentativo di aprire una strada fino all' utero, nel caso di perclusione della vagina nella sua metà superiore. Una ragazza di ventiquattro anni, aveva usati per lo spazio di otto anni tutti i rimedi, propri a provocare l'apparizione delle regole. L'ipogastrio era notabilmente divenuto tumefatto e duro. Essa fu visitata da molta gente dell'arte, fu riconosciuto che era imperforata, e fu deciso che l' operazione poteva e doveva essere tentata. Ma la situazione, la forma, e la struttura delle parti diversificavano talmente dallo stato naturale, che l'operazione non potè essere fatta, come era stato ideato. Dopo avere ampiamente incisa una membrana, che parve essere l'imene, penetrarono prima con uno specillo, poi con un dito in una spaziosa cavità, che fu presa per la vagina; e questa opinione fu convalidata dallo scolo di un sangue nero e abbondante, come suole appunto succedere dopo l'incisione dell'imene; ma le conseguenze provarono che le cose erano andate bene altrimenti. Questa ragazza, che da molto tempo era in uno stato di languore, morì tre giorni dopo l'operazione. All'apertura del cadavere fu trovato che il tumore nell' ipogastrio era formato dall' utero e dalle

trombe enormemente distesi. Il ventre conteneva un poco di siero nero, torbo e fetido, simile a quello delle trombe, di dove pareva che fosse scaturito a traverso di parecchie aperture, che vi si erano fatte spontaneamente, e si pretese che la morte potesse essere accaduta in conseguenza di queste rotture. L'apertura fatta nella membrana della vagina sarebbe stata sufficiente, se questo condotto fosse stato conformato come all'ordinario, e se la membrana incisa, fosse stata realmente l'imene. Ma atteso la viziosa conformazione delle parti, si osservò che l'incisione aveva interessato l'uretra, e penetrava nella vescica. Il sangue, che era scolato nel tempo dell'operazione, proveniva dall'incisione stessa, e non da una collezione già esistente. Non appariva in questa ragazza alcun vestigio della vagina, la quale era rimpiazzata da un corpo solido largo un pollice, e lungo un pollice e mezzo. Nulla indicava che la vagina avesse mai esistito, e che le sue pareti avessero contratto delle aderenze; solamente si trovava al di sopra di questo corpo solido, fra esso e l'utero, una vasta cavità, che avrebbe contenuto la testa di un bambino, e che era piena di una sanie nericcia. Questa cavità sembrò essere la parte superiore della vagina. L'utero e le trombe contenevano parimente una sanie nera (1).

La ferita della vescica e del retto non è il solo accidente che si debba temere nell'operazione, per cui si cerca di rimediare alla specie d'imperforazione, di cui si tratta. L'infiammazione dell'utero e delle parti vicine ha fatto perire due donne nelle quali era stata praticata questa operazione, e la cui storia è venuta a mia cognizione. In una di esse, la punzione dell'utero era stata fatta per la via del retto col trequarti; e nell'altra, per cui ero stato consultato con parecchi altri miei fratelli, era stato spinto il bisturino a traverso la sostanza fibrosa e cellulosa, che occupava il posto della vagina, ed era pervenuto fino all'utero, senza interessare la vescica, nè il retto. Ambedue queste donne perirono tre o quattro giorni dopo l'operazione.

Terminerò questo articolo intorno questa specie di imperforazione, riportando la storia di una ragazza, nella quale non è stata tentata alcun'operazione, e che ha dovuto soccombere per causa degli accidenti cagionati da questo vizio di conformazione.

Nel mese di giugno del 1814, fu ricevuta allo Spedale della Carità una ragazza di 22 anni, nella quale non erano ancora comparse le regole, e che soffriva dei dolori di ventre assai forti. Parecchi salassi locali e generali furono fatti senza successo; anzi i dolori divennero più acerbi, e presero la forma di attacchi isterici, che si fecero poco a poco più forti e fitti. Il ventre, che era tumefatto quando questa ragazza entrò nello spedale, crebbe ancor di volume, ed essendosi creduto opportuno d'introdurre un dito nella vagina, per esplorarla, fu trovato che ella era imperforata, e dalla sala, ove era stata collocata, fu trasferita sotto la nostra cura. Ecco ciò, che io osservai. Scostando le grandi labbra, che erano meno sviluppate dell'ordinario, e le ninfe, che non offrivano niente di particolare, si vedeva una sola apertura, situata un poco più in basso del luogo, che suole ordinariamente occupare il meato orinario. Questa apertura era rotonda nè faceva alcuna prominenza; ammetteva appena l'estremità del dito minimo, e dava passaggio all'orina. Forzando un poco quest'apertura col dito, esso penetrava in una cavità, la quale era separata dall'intestino retto da una sottilissima membrana, come si conobbe ancora meglio introducendo una siringa in vescica, e il dito indice nel retto. La regione ipogastrica era considerabilmente tumefatta, e vi si sentiva un tumore duro, elastico, che da qualche tempo era anche divenuto dolente sotto la pressione. Era pure qualche tempo che l'orine scolavano involontariamente, ciò, che dalla malata veniva attribuito ai tentativi fatti da un chirurgo per esplorare queste due parti. Questa ragazza c'informò che i dolori abdominali erano incominciati verso l'età di 13 anni, e che la tumefazione del ventre non era divenuta manifesta che quattr'anni dopo; e questa tumefazione era più considerabile a destra, che a sinistra. Essa non aveva rimarcato alcuna periodicità nel ritorno dei dolori, i quali ri-

(1) *Ratio meden. etc. T. III. p.* 31.

comparivano per intervalli irregolari. Lo stato della malata non offerse niente di particolare fino al mese di novembre, se si eccettui il graduato aumento dei dolori e della tumefazione del ventre. Il 29 novembre venne fuori dall'apertura, che dava passaggio all'orina, circa una libbra di un fluido denso, inodoro, di un color rosso scuro, e simile in tutto al sangue rappreso; nel tempo stesso il ventre diminuì di volume, e divenne molle, e la malata se ne trovò tanto sollevata, che credè di essere guarita. Si procurò di riconoscere e col dito e colla siringa il luogo d'onde scaturiva questo fluido, ma ogni tentativo fu vano. Quest'evacuazione, dopo di avere durato due ore, si arrestò, ma ricomparve due giorni dopo; e durò fino al 7 dicembre, epoca in cui si sospese nuovamente. Il ventre, quantunque non fosse più voluminoso, divenne sensibile, la pelle si fece calda e secca, e il polso frequente; la malata cadde nello scoraggimento e nella tristezza; sopraggiunse la diarrea, e una debolezza che aumentò progressivamente fino agli 8 gennaio, giorno, in cui questa ragazza morì, essendo il quarantesimo dopo la prima evacuazione. Apertone il cadavere trovammo che il solo orifizio, che presentava la vulva, conduceva a un canale lungo un pollice e mezzo. Nel suo interno ci terminavano due altri condotti, situati l'uno sopra dell' altro: il superiore era il meato orinario, e l' inferiore traversava una parete della grossezza di una linea, larga un pollice, che rappresentava assai bene la vagina, e andava a terminare al collo dell'utero. La cavità di quest'organo era più grande dell' ordinario, e il suo tessuto di un color bianco rosso. Nelle parti laterali e superiori dell'utero esistevano due tumori: il destro, un poco meno grosso del pugno, aveva delle pareti compatte, e biancastre, e conteneva un liquido, simile a quello che era sgorgato fuori durante la vita. A questo tumore n'era unito un'altro, che s'inalzava fino verso lo stomaco, ed era formato di loggie ripiene di sangue, o di tumori idatiformi. Il tumore del lato sinistro conteneva otto o dieci once di sangue rappreso. Le ovaia mancavano, e noi pensammo che questi tumori si erano sviluppati nella loro sostanza. La cavità di questi tumori non comunicava con quella dell'utero; ma da ciascuno di essi nasceva un canale, che si estendeva fino alla piccola cavità situata presso la vulva, senza manifesta comunicazione colla medesima. Il sangue venuto fuori vivente questa ragazza, era egli trasudato a traverso le membrane? Nelle aderenze accidentali avevano elleno prodotto, prima della morte, la perclusione di qualche condotto? Questo condotto è egli sfuggito alle nostre ricerche, per quanto siano state diligenti? Questo è ciò, che noi non possiamo decidere.

MALATTIE DELLA VAGINA.

Della rottura della vagina.

La vagina può rompersi in un parto laborioso, sia a causa della sproporzione del volume del feto colla larghezza, che questo canale è suscettibile di acquistare o per l'imprudenti manuvre, fatte in mira di favorire la nascita del feto. Questa rottura può prendere differenti direzioni, e aver luogo nei diversi punti dell'estensione della vagina, ma più ordinariamente accade nel luogo, ove questo canale si unisce all'utero. Non parlerò qui che dello strappo della parete retto vaginale, formata dall'addossamento e intima unione della parte posteriore inferiore della vagina, colla parte anteriore inferiore del retto.

Questa rottura, che è stata particolarmente osservata nelle donne, in cui il feto fu estratto colla tanaglia, e che succede ordinariamente nella direzione longitudinale della vagina, non è sempre accompagnata dalle stesse circostanze. Talvolta la parete retto-vaginale è strappata mentre il perineo e lo sfintere dell' ano sono rimasti intatti. Altre volte tutte queste parti sono comprese nello strappo. Nel primo caso, le materie fecali liquide passano a traverso della rottura, e vengono fuori involontariamente per la vulva, nel tempo che le materie solide non sono rese che sotto gli sforzi della defecazione, e scaturiscono parte dalla vagina, e parte dall'ano. Nel secondo caso, la vulva e l'ano, il cui sfintere è rotto, essendo divenuti una sola cavità, le materie stercorali vengono fuori continuamente e involontariamente per questa comune apertura, ciò, che obbliga la malata a guarnirsi costantemente di panni, che le re-

cano molto incomodo, onde evitare la più rivoltante schifosità.

Quando si strappa la sola parete retto vaginale, e che lo strappo è recente, la natura opportunamente secondata, può procurarne la riunione, come risulta da parecchie osservazioni, e segnatamente da quella, che è stata comunicata da Sedillot il giovine, alla Società di medicina di Parigi, e che è stata inserita nel Tomo IV. della raccolta periodica di questa accademia, che noi andiamo a riportare.

Nell' anno 1790, Sedillot fu chiamato a *Gros Caillou*, per soccorrere una donna in travaglio del parto. La testa del feto era inchiodata, e la vagina ripiena di materie fecali liquide, per causa di uno strappo accaduto nella parte posteriore di questo canale, per la lunghezza di un pollice e mezzo, e penetrante nel retto. Quest' ostetrico fece osservare un tale strappo alla levatrice, che assisteva la partoriente, e siccome essa ne negava l' esistenza, egli credè bene di sospendere l' applicazione della tanaglia, finchè fosse messa in chiaro la mala fede di questa donna, onde non potesse essere attribuito quest' accidente ai mezzi, che esso andava a impiegare per terminare il parto. Il feto fu estratto colla tanaglia, la cui applicazione non parve che avesse aumentato lo strappo.

Sedillot fu di parere di abbandonare questa piaga alla natura, e per evitare il soggiorno dei lochi, delle materie fecali e di altre impurità nella vagina, fu presa la precauzione di fare delle frequenti iniezioni da primo ammollienti, e poi detersive in questo canale, e di amministrare un clistere alla malata ogni ventiquattr' ore. La piaga cicatrizzò completamente in dieci giorni.

Ma un così fortunato avvenimento è rarissimo, e quasi sempre i bordi della rottura rimangono discosti, e si cicatrizzano separatamente, e la donna rimane in preda alla più disgustosa infermità, che è quasi insopportabile. Si è immaginato che si potrebbe rimediare a questo deplorabile stato della donna, rinfrescando i bordi dello strappo, e riunendoli poscia per mezzo di qualche punto di sutura, come si pratica nel labbro leporino. Questa operazione è stata molte volte eseguita, ma quasi sempre senza successo. Si legge nell' opera di Smellie T. VII. p. 457 che esso fu chiamato da una levatrice per una malata, la quale, erano cinquanta giorni, che aveva partorito. Il perineo, la vagina e il retto erano stati strappati, e non formavano più che un sol canale della lunghezza di due pollici, per cui questa donna non poteva più ritenere i suoi escrementi. I bordi delle parti strappate cominciavano a cicatrizzarsi, e Smellie volle tentare di rinfrescarli colle cesoie, ma non potendovi riuscire, fissò la lama di una lancetta sopra il suo manico per mezzo di un nastro, e gli scarificò colla punta di questo stromento; poscia diede con molta difficoltà due profondi punti di sutura a traverso la vagina e il retto e due altri al perineo. Ma in capo a due giorni sopraggiunse una grande infiammazione, e i punti della sutura si strapparono: caddero dell' escare, e le parti suppurarono, ma giammai si riunirono, solamente si contrassero in modo, che dopo tre mesi la donna poteva trattenere i suoi escrementi.

Il sig. Gardien racconta che il professor Dubois fece la sutura del pellicciaio in un caso simile, ma infruttuosamente; e se tutti coloro, che hanno praticata questa operazione, ne avessero fatto conoscere i risultamenti, si vedrebbe probabilmente, che non ha quasi mai avuto un esito felice. Per altro, è vero, che è stata fatta con successo da Saucerotte di Luneville, e da Noel di Reims. L' osservazione del primo è consegnata nelle sue Miscellanee di chirurgia, e nel Tom. IV. della raccolta periodica della Società di medicina di Parigi; e quella del secondo è inserita nel Tom. VII della stessa raccolta.

La donna operata da Saucerotte aveva 25 anni, aveva partorito in campagna, ed era il suo primo parto; la testa del feto che era assai voluminosa, rimase per 60 ore alle parti, e fu estratta colla tanaglia. La forcella, il perineo, la parete retto-vaginale si strapparono, rimanendo illeso lo sfintere dell' ano; e allorchè nei primi giorni dopo il parto la malata sentì il bisogno di andar di corpo, una porzione delle materie fecali venne fuori per l' ano, e un' altra porzione per la vagina. Nell' esame, che Saucerotte fece di questa lesione tanto per mezzo

del riscontro, che dello speculo dell'utero, trovò che lo strappo della parete retto-vaginale, che era accaduto nella direzione dell' asse del corpo, per la lunghezza di circa un pollice e mezzo, incominciava al di sopra dello sfintere dell' ano, che era rimasto intatto e isolato fra lo strappo della forcella e quello della parete retto-vaginale. Questo chirurgo con altri due, che chiamò a consulto, consigliarono la famiglia di questa malata di sentire il parere dei più rinomati ostetrici, e molti di questi essendo d' opinione che si dovesse tentare la riunione della parete retto-vaginale, rinfrescando i bordi della rottura, e applicandovi una sutura, tanto i parenti della donna, che Saucerotte e gli altri due chirurghi convennero di questo metodo curativo. Ecco il modo ingegnoso, con cui fu praticata questa operazione tre mesi e venti giorni dopo accaduto l' accidente.

La malata essendo convenientemente situata, e tenuta da degli assistenti, fu introdotto nella vagina lo speculo dell' utero dilatatore, cui si era tagliata la branca ascendente, perchè questa branca non avrebbe potuto, nella sua ascensione, appoggiarsi contro il pube, senza far comprimere dalle altre due branche inferiori la parete retto-vaginale, che avrebbe impedita l' azione del portaghi; frattanto che lo speculo non avendo che due sole branche, l' aiuto incaricato di questo strumento, nel portarlo contro l' arcata del pube, doveva lasciare assolutamente allo scoperto la parete retto-vaginale. La porzione più esterna dello strappo fu rinfrescata colle cesoie; e per rinfrescarne la porzione interna si servirono di due strumenti, uno dei quali aveva la figura di un coltello e l' altro di raschiatoio. Una sottil doccia di legno di noce, introdotta sul dito indice sinistro nell' ano, e diretta in maniera, che la sua convessità corrispondeva anteriormente, servì di punto d' appoggio ai due strumenti, menzionati di sopra. I bordi della piaga essendo stati rinfrescati, Saucerotte si servì della sutura del pellicciaio, o a sopraggitto. Per poterla eseguire, egli aveva fatto costruire due aghi differentemente curvi; precauzione, di cui riconebbe la necessità nell' operazione; il più corto di questi aghi gli servì per i punti superiori, e il più lungo per i punti dal lato dello sfintere, dopo avere ritirato il filo doppio dalla cruna del primo, per farlo passare nella cruna del secondo. Egli aveva fatto ancor costruire una specie di pinzetta, che dovea servirgli di portaghi, le cui due branche potevano essere allontanate e ravvicinate per mezzo di una vite. Il talcone degli aghi poteva essere fissato all' estremità di questo stromento, a destra, e a sinistra, e in linea orizzontale, in linea obliqua, e ancora in linea retta, secondo l' asse dello strumento medesimo, vantaggio, che egli non avrebbe potuto trovare nel portaghi ordinario. Incominciò la sutura dalla parte superiore della piaga, e diede sei punti completi, cioè a dire, ciascun bordo dello strappo fu traforato sei volte. Fissò all' estremità del filo un piccolissimo cilindretto di tela, spalmato coll' impiastro di Nuremberg, affinchè facesse le veci di nodo sulla prima perforazione, frattanto che sull' ultima, il doppio filo incerato, fu sdoppiato, e ne furono legati i due capi su di un simil cilindretto, presso dello sfintere dell'ano.

Terminata l' operazione, fu introdotto nella vagina una pezzetta di tela spalmata col balsamo di Perù, e nell' ano una cannula di piombo un poco schiacciata, curvata a seconda della concavità del sacro, più larga in alto, e assai lunga perchè l' estremità superiore potesse sorpassare il punto più alto della sutura. La malata fu messa a una dieta severa, onde favorire la costipazione. L'undicesimo giorno dopo l' operazione si fecero sentire degli stimoli così forti di andar di corpo, che si ebbe appena il tempo di ritirare la cannula, prima che la malata rendesse con dei vivi dolori e con effusione di sangue, delle cibale, che strapparono tre punti inferiori della sutura, di modo che gli escrementi passarono quasi tutti per la vagina.

Saucerotte fu scoraggiato da quest'accidente; frattanto alcuni giorni dopo nell'esaminare lo stato delle parti, osservò che la piaga non aveva press'a poco che la metà della grandezza, che offriva per l'avanti, e che la sua figura, invece di essere longitudinale, era triangolare, avendo la sua base verso lo sfintere. La malata, piena di coraggio e di desiderio di guarire, si sottopose a una nuova operazione, che fu eseguita un mese dopo,

all'incirca, della prima; ma in questa seconda operazione fu tagliato lo sfintere, il quale aveva resa più difficile l'esecuzione della prima, ed aveva contribuito ad impedirne il successo colla resistenza, che aveva opposto all'uscita delle materie. Fu soppressa la cannula, che era riuscita incomodissima, e la cui presenza aveva sicuramente cagionato una ritenzione d'orina, che aveva reso più volte necessario il cateterismo. Finalmente, in vece di procurare la costipazione, fu mantenuta la libertà del ventre con alcuni bicchieri d'acqua di tamarindi, e fu permesso alla malata un nutrimento poco abbondante, e nel tempo stesso rilassante e rinfrescante. Questa seconda operazione ebbe un pieno successo, e tre mesi dopo la malata era in stato malgrado la sezione dello sfintere dell'ano, di ritenere, e di evacuare a sua voglia le feccie indurite, e le liquide ancora. La parte inferiore della vagina presentava parecchie pieghe, e parecchie piccole prominenze, che ne ristringevano l'ingresso. Nel luogo della sezione dello sfintere eravi esternamente una specie di piccola doccia, dove non soggiornavano le feccie solide, quando questa donna andava di corpo, ma vi si arrestavano solo le materie liquide, per cui era obbligata di nettare questa parte con una morbida pezza, o con una spugna umida; piccolo inconveniente in paragone della schifosa infermità, cui era per l'innanzi soggetta.

Nella donna operata da Noel, era rimasto strappato il perineo, l'ano e la parete retto-vaginale nel suo primo parto; il quale, dopo tre giorni di fortissime doglie, era stato terminato colla tanaglia. Dopo quest'accidente ella aveva partorito naturalmente e facilmente altri sette figli. Ella non poteva quasi mai trattenere i suoi escrementi, ed era per conseguenza obbligata di guarnirsi continuamente con dei panni, che le recavano molto incomodo, a fine d'impedire l'involontario scolo delle materie fecali. Nell'esaminare questa donna, Noel osservò che il perineo era intieramente strappato, e che la parete retto-vaginale era divisa esteriormente per l'estensione di un pollice e mezzo almeno; non esisteva più l'orifizio della vagina nè del retto, e per vedere questi due condotti, bisognava farle slargare molto le coscie.

La malata essendo stata preparata all'operazione con una severa dieta, coll'uso di una bevanda leggermente emetizzata, e con due clisteri, uno dei quali le fu amministrato la sera innanzi, e l'altro alla punta del giorno, Noel l'eseguì nel seguente modo. Esso rinfrescò colle cesoie a destra e a sinistra i bordi dello strappato perineo, e della parete retto-vaginale, nella quale diede parecchi piccoli colpi di cesoie, e ne fece poi la riunione colla sutura attorcigliata. Esso immerse profondamente uno spillo d'ottone sottile e lungo due pollici e mezzo nel labbro sinistro, presso di quello che andava a formare l'orifizio del retto, e coll'indice della mano sinistra ne condusse la punta da sinistra a destra, a fine di farla penetrare nel labbro destro ed uscir fuori ad un'altezza parallela al capo dello spillo medesimo, che si trovava a sinistra: ciò fatto, prese un secondo spillo, e ripetè con esso tutto ciò, che aveva fatto col primo un pollice più in alto, e legò insieme con un filo incerato, i capi e le punte dei due spilli. Dopo di ciò introdusse il dito indice della mano destra nel retto, e l'altro della sinistra nella vagina, gli accostò insieme a traverso la parete, e conobbe che i bordi della divisione erano a contatto, quantunque gli spilli fossero stati situati più in basso. Le coscie furono messe a contatto e mantenute in questa situazione con una fascia, e fu permesso alla malata di situarsi sull'uno o l'altro lato, ma le fu raccomandato di coricarsi sempre sul dorso ogni volta, che aveva bisogno di andar di corpo, affinchè le materie fecali potessero venir fuori lungo la parte posteriore del retto. Fu mantenuto il ventre pienamente libero coll'uso frequente di brodi con erbe emetizzate, le quali formavano quasi il solo nutrimento della malata. Nel sesto giorno fu tolto lo spillo dalla parte della vagina, e le materie fecali passavano intieramente per il retto. L'ottavo giorno la malata passò sopra una sedia, e il decimo fu obbligata di partire, e tutto era allora nel migliore stato. Ciononostante Noel non volle togliere lo spillo, che era stato situato presso il retto, perchè temè che la malata abbandonando il regime lassativo, non ne nascesse una costipazione, la quale avrebbe potuto ca-

gionare la rottura della cicatrice ancor troppo recente, per resistere a una forzata defecazione. Circa quindici giorni dopo l'arrivo di questa donna a casa sua, il suo marito scrisse a Noel che lo spillo era caduto, e che la cicatrice rimaneva sempre stabile.

Malgrado i felici risultamenti ottenuti da Saucerotte e Noel, non possiamo dissimularci che l'operazione, di cui si tratta è una di quelle, che offrono le minori probabilità di un felice successo. Ciò nondimeno, siccome non è pericolosa, e che l'infermità per cui essa si pratica è la più fastidiosa e ributtante, e che, supponendo ancora che non riesca, non ne risulta alcun danno maggiore per la malata, noi crediamo che vada sempre fatta, allorchè ne siamo vivamente richiesti. Riguardo al metodo operatorio, non si può descriverlo in generale, perchè dovendo essere subordinato alle variabilissime circostanze della malattia, spetta al genio del chirurgo a determinare quello, che conviene in ciascun caso in particolare.

La comunicazione del retto colla vagina in conseguenza di un parto difficile, non dipende sempre dallo strappo della parete retto-vaginale, ma risulta talvolta dalla gangrena di questa parete, prodotta dalla compressione della testa del feto, allorchè rimane per lungo tempo arrestata nella piccola cavità del bacino. Ruischio (oss. 59) parla di una donna nella quale per causa di un parto laborioso, rimase gangrenata la parete retto-vaginale in un' estensione così grande, che quando l'escara fu caduta, rimase in detta parete un'apertura, per cui sarebbe passata una noce col mallo, e da cui le materie fecali sgorgavano nella vagina. Un chirurgo, che vedeva questa malata insieme con Ruischio, situò nella vagina un pessario in forma di canale, la cui esterna superficie era spalmata con un rimedio sarcotico, ma la malata non potè sopportarlo. Allora furono solamente applicati sull'apertura dei piumaccioli spalmati coll' istesso rimedio. Questa piaga diminuì poco a poco di grandezza, e in poco tempo rimase intieramente chiusa. È evidente che i piumaccioli e gl'unguenti incarnanti, di cui erano imbrattati, non hanno per niente contribuito alla guarigione di questa donna, la quale è tutta dovuta alla natura.

L'accidente, di cui abbiamo parlato adesso è molto meno frequente in conseguenza di parti laboriosi, della gangrena della parete anteriore della vagina e della corrispondente parte del basso fondo della vescica orinaria e dell'uretra, in seguito della quale rimane una fistola orinaria vescico-vaginale, di cui abbiamo già parlato, trattando delle malattie delle vie orinarie.

Dei polipi della vagina.

I polipi della vagina sono rarissimi. Non avvi alcun punto della superficie di questo condotto, ove non possano svilupparsi. Il peduncolo di questi tumori nasce ordinariamente dalle rughe della membrana interna della vagina, e la loro forma è quasi sempre globulare. Alcuni di questi polipi hanno un peduncolo sottile, altri assai grosso; ciò, che si conosce facilmente per mezzo del riscontro col tatto, portando il dito attorno la base del tumore. La consistenza di questi polipi è generalmente dura, e sono quasi sempre indolenti. Da principio rimangono nascosti nella vagina, ma dopo un certo tempo n'escono fuori, e si mostrano all'esterno. Alcuni sono molto piccoli, e altri tanto grossi da incomodare la donna, che gli porta, da opporre un'ostacolo al coito, e talvolta anche all'escrezione dell'orina, allo scolo dei mestrui, e al fare del moto.

Lo sviluppo dei polipi della vagina, si opera presso a poco nel modo stesso dei polipi dell' altre parti. In generale il loro aumento è lento, e sovente esistono lunghissimo tempo senza produrre alcun accidente.

Questi polipi avendo alcuni caratteri comuni con diversi altri tumori, che nascono nella vagina, si potrebbe, non prestandovi molta attenzione, confonderli con questi tumori, e segnatamente coll' ernie vaginali, formate dalla vescica, o dagli intestini e dall' epiploo. Si potrebbero anche confondere col rovesciamento della vagina. Ma si eviteranno questi sbagli, facendo attenzione ai sintomi propri di ciascuno di questi tumori.

Se il tumore che s' incontra nella vagina, ora aumenta e ora diminuisce; se sparisce sotto la pressione, e ricomparisce appena che si cessa di comprimerlo; se diviene più voluminoso nel tossire ec. si giudica che questo tumore è formato da

un' ernia, e non da un polipo. Gli altri segni variano secondo la specie dell' ernia, che simula il polipo. Quando il tumore occupa la parte anteriore della vagina, se ha una larga base, e che sia più apparente, allorchè è un pezzo che la donna non ha orinato; se nel suo maggiore sviluppo vi si sente una fluttuazione, e se comprimendolo, nasce nella donna la voglia d' orinare; se sparisce dopo che la malata ha orinato, o che si è vuotata la vescica colla siringa; finalmente se il dito introdotto allora nella vagina distingue nel luogo, che occupava il tumore una specie di dilatazione, per cui la vescica penetrava nella vagina, o se in questo punto, allorchè la malattia è antica, non si trova più che un piccolo tumore duro, formato da uno o più calcoli contenuti in un' involucro membranoso, è allora ben chiaro che questo tumore è un' ernia della vescica, e non un polipo. Noi osserveremo ancora con Levret, che non bisogna prendere nè per un' ernia della vescica, nè per un polipo a larga base, la protuberanza che forma in molte donne gravide, e in quelle che hanno fatto molti figli, la parete anteriore della vagina presso l' orifizio di questo stesso condotto. Questa protuberanza, che parecchie volte ho incontrata così considerabile da oltrepassare l' orifizio della vagina, non cagiona ordinariamente alcuno incomodo.

Se il tumore contenuto nella vagina, ne occupa le parti superiori e laterali; se è riducibile, come nei precedenti casi, e se al momento che rientra fa sentire come una specie di gorgogliamento, egli è formato da un' ernia intestinale.

Riguardo poi al tumore formato dal prolasso della vagina, non si confonderà con un polipo, quando si rifletta che nel prolasso, il tumore ha la forma di un cercine o di un tumido cerchio, che apparisce fra le labbra della vulva, e talvolta anche esternamente; che un dito penetra per il centro di questo cercine nel rimanente del canale, nel fondo del quale si trova il collo dell' utero, il quale è più basso dell' ordinario, perchè è obbligato a venir dietro alla vagina. Noi vedremo in seguito, parlando dei polipi dell' utero quali sono i segni che gli distinguono da quelli della vagina.

Il pronostico dei polipi della vagina è in generale, meno pericoloso di quelli dell' utero, essendo più facile nei primi l' applicazione dei mezzi terapeutici. Del resto, questi mezzi sono generalmente gli stessi di quelli, che si praticano nei polipi uterini, e noi ne parleremo trattando di questi ultimi.

Della procidenza o rovesciamento della vagina.

La vagina è soggetta a una specie di spostamento, che è stato chiamato rilasciamento, procidenza o rovesciamento secondo che è più, o meno considerabile. Si è creduto per lungo tempo, che questo spostamento fosse formato da tutte le tuniche della vagina, ma il diligente esame dei fenomeni della malattia, e la sezione dei cadaveri, hanno dimostrato che la membrana mucosa o interna di questo canale, è la sola che si rilascia, s'ingorga, s' ingrossa, e scivola, per dir così, sul tessuto cellulare, che l' unisce alla tunica esterna, e forma una specie di cercine, che discende più, o meno in basso secondo il grado della malattia, la quale rassomiglia perfettamente al prolasso della membrana del retto. Il rovesciamento della vagina è circoscritto talvolta a un punto della circonferenza di questo canale; ma il più di sovente è formato da tutta la circonferenza.

L' ampiezza del bacino, l'eccessiva larghezza della vulva, l' indebolimento e il rilasciamento della tunica mucosa della vagina, cagionato dai fiori bianchi abituali e abbondantissimi, o dai parti, e la rilasciatezza del tessuto cellulare, che unisce questa membrana alla tunica esterna, sono altrettante circostanze, che la dispongono a rovesciarsi. Gli sforzi poi violenti e ripetuti per andar di corpo, per sollevare o portare un peso ec.; lo stare abitualmente in piedi, sono le cause immediate o sufficenti del rovesciamento di questa membrana.

Questo rovesciamento si presenta ordinariamente sotto la forma di un tumore a guisa di un cercine irregolarmente ripiegato, nel cui mezzo, conforme si è già detto, si può introdurre un dito, il quale incontra più, o meno in alto il collo dell' utero. Allorchè avvi un semplice rilasciamento della membrana mucosa della vagina, il tumore è più piccolo, ed è situato sotto l' arcata del pube. Se il prolasso è più forte, allora il tumore è più

voluminoso, si presenta all' orifizio della vagina, ed apparisce liscio, molle, indolente, e cresce, e scema secondo che la donna sta in piedi, o a sedere. Nel terzo grado della malattia, in cui avvi procidenza completa, il tumore esce fuori dalle grandi labbra, prende una forma quasi cilindrica, ma nel cui centro si osserva sempre un' apertura, nella quale penetra il dito. In questo grado della malattia l' utero è trascinato in basso dalla vagina, e il suo collo si trova più vicino alle parti esterne. La malata soffre un senso di peso e di tiragliamento nella regione ipogastrica, un frequente tenesmo, e una difficoltà nell' orinare, cagionata dal cambiamento di situazione dell' uretra.

Quando la malattia è antica, e che è stata per lungo tempo trascurata, l' ingorgo della membrana interna della vagina aumenta sempre più, e il tumore, che essa forma si allunga e s' indurisce; cresce il senso di peso e il tiragliamento all' ipogastrio, e il tenesmo e la disuria divengono più incomodi. All' epoche, in cui ritornano le purghe, il sangue scola dall' apertura, che si osserva nell' estremità inferiore del tumore. Quando è giunta a questo grado la procidenza della vagina, ha molta rassomiglianza con quella dell' utero: e siccome i sintomi di queste due malattie sono press'a poco gli stessi, parecchie volte è stata presa l' una per l' altra. Ma si eviterà questo sbaglio, facendo attenzione alle seguenti circostanze: il tumore formato dalla procidenza della vagina presenta per tutto la stessa durezza, è ordinariamente più largo nella sua estremità inferiore, e l' apertura, che vi si osserva è molto irregolare. Nel prolasso dell' utero, al contrario, il tumore è poco duro nella sua parte anteriore; è comunemente terminato da una estremità stretta a guisa di muso di tinca, e l' apertura, che vi si scorge è trasversale, ed è sempre, o almeno quasi sempre impossibile d' introdurvi il dito, mentre penetra facilmente nell' apertura del tumore formato dalla procidenza della vagina.

Allorchè il tumore formato dalla procidenza della vagina è assai voluminoso, e che rimane abitualmente all' esterno, l' orina scorrendo sulla sua superficie, l'irrita, l' escoria, e alla lunga vi produce delle profonde esulcerazioni. Talvolta ancora l'ingorgo della membrana, che forma questo tumore, aumenta a tal segno che s' infiamma e si gangrena, e quest' accidente è sempre gravissimo, e può far perire la malata.

Il prognostico della procidenza della vagina varia secondo l' antichità e il grado di questa malattia. Quando è recente e il prolasso è poco considerabile, si può sperare di guarirla; ma quando la procidenza è antica e forma un tumore considerabile, è difficile e quasi sempre impossibile di ottenerne la guarigione.

L' indicazioni curative della procidenza della vagina, variano secondo il grado della malattia. Quando non esiste che un semplice rilasciamento della membrana mucosa, le donne ne sono così poco incomodate, che esse non reclamano ordinariamente i soccorsi dell' arte, ed è perciò che siamo raramente chiamati per curare questo primo grado della malattia, o piuttosto questa predisposizione al rovesciamento della membrana mucosa della vagina. Ma essendo consultati in questo caso, conviene prescrivere i mezzi propri a rimediare allo stato di flaccidità, d' atonia e di mollezza di questa membrana. Questi mezzi sono le lavande e l' iniezioni toniche e corroboranti, composte di una decozione di rose rosse, di radice di bistorta, di scorze di mele grane ec. o meglio ancora l' acqua di Barege, i bagni freddi, e specialmente quelli di mare.

Quando il rovesciamento della vagina è antico, e che la membrana mucosa di questo canale forma un tumore più, o meno prominente all' ingresso, o fuori della vulva, l' indicazione consiste nella riduzione della membrana, e di prevenirne il nuovo prolasso. La riduzione n' è facile, quando il rovesciamento è recente e poco considerabile, e di sovente si opera da se stessa quando la donna rimane coricata in letto supina. Ma se la procidenza è antica e considerabile, è talvolta molto difficile di risituare la membrana, e non ci si perviene che dopo avere disposto le parti con i rimedi generali, e con una conveniente situazione, che si fa mantenere per più, o meno tempo alla malata.

Quando il rovesciamento della vagina è ridotto, bisogna procurare d' impedirne la recidiva. L'iniezioni toniche, corroboranti e astringenti non sono efficaci a questo effetto, e conviene ricorrere a dei

mezzi meccanici, e i pessari sono essenzialmente necessari, ma quelli rotondi, o ovali sono ordinariamente insufficienti, e bisogna servirsi di quelli fatti a cilindro di bossolo, di sughero, di gomma elastica ec. Si può in luogo di questi pessarj, servirsi anche con più vantaggio di un pezzo di spugna fine, introdotta nella vagina, e mantenuta in sito con una specie di fascia, simile a quella, con cui si guarniscono le donne nel tempo delle regole, o di una fascia meccanica, composta di una cintura, nella cui parte anteriore è fissata una lamina a molla, l'altra estremità della quale viene ad appoggiarsi contro la spugna introdotta nella vagina.

L'ingorgo della tunica interna della vagina rovesciata e ripiegata su se stessa, aumenta talvolta ad un tal segno, che questa parte si gangrena. In questo caso la maggior parte dei pratici non esitano a consigliarne l'estirpazione; ma la difficoltà, e la quasi impossibilità di distinguere talvolta il rovesciamento della vagina, giunto al punto di cui si parla, dal rovesciamento dell'utero, e l'inevitabile pericolo dell'escissione di quest'ultimo, che avrebbe luogo in questo sbaglio, devono trattenere il prudente chirurgo dall'eseguirla. È meglio attenersi ai rimedi interni ed esterni, che possono limitare la gangrena; poichè, se questo metodo è il meno pronto, almeno è il più sicuro.

Delle malattie dell'utero.

L'utero è soggetto a un gran numero di malattie. Quelle, di cui parleremo sono, le piaghe, l'infiammazione, i cambiamenti di situazione, i corpi fibrosi, i calcoli, i polipi e il cancro. Noi rimandiamo per ciò, che riguarda l'altre malattie di quest'organo, come pure per l'operazione cesarea, la sezione della sinfisi del pube e la gastrotomia ai Trattati di Ostetricia, e a quelli di Patologia interna. Prima di parlare delle malattie dell'utero, noi dobbiamo occuparci dei vizi di conformazione di quest'organo.

Dei vizi di conformazione dell'utero.

Fra i vizi di conformazione dell'utero ve ne sono alcuni, che non producono alcun'accidente, e che escludono ogni soccorso terapeutico; altri, al contrario, cagionano degli sconcerti nelle funzioni, e reclamano gli aiuti dell'arte. I primi appartengono piuttosto all'istoria anatomica dell'utero, che alle sue malattie; e tali sono la mancanza di quest'organo, la sua divisione in due parti ec. i secondi sono evidentemente del dominio della patologia, e tali sono le diverse specie d'imperforazione.

L'imperforazione dell'utero è congenita, o accidentale. Nel primo caso è formata da una specie di parete membranosa, che sembra una continuazione della membrana interna della vagina, e che ottura l'orifizio dell'utero: questa può essere completa o incompleta.

Se è incompleta, lo scolo delle regole può aver luogo, ma sovente con gran difficoltà; ed in ciascun periodo dei mestrui, si fanno sentire dei vivi dolori nell'ipogastrio, e talvolta vi si manifesta ancora della tumefazione. Littre ebbe occasione di esaminare il cadavere di una donna, che aveva questo genere d'imperforazione incompleta. Questa donna era morta ai cinquant'anni, e non aveva mai fatto figli in 19 anni di matrimonio. Le sue purghe erano scarsissime, e durante il loro ritorno le gonfiava molto il basso ventre, ci soffriva dei forti dolori, e alcuni anni dopo che incominciò a essere mestruata, nel soffiarsi il naso le veniva giù del sangue, e ne sputava ancora nel tempo delle regole. Littre, all'apertura del corpo vide che l'orifizio dell'utero era otturato dalla membrana, che tappezza internamente la vagina, nella quale vi si scorgevano però due piccoli fori di un quarto di linea di diametro. Il collo dell'utero era più lungo dell'ordinario, e la cavità di questo viscere era più ampia del naturale, e le sue pareti più sottili. Questa maggiore ampiezza della cavità uterina, era sicuramente l'effetto della ritenzione del sangue mestruo, il quale non scolava all'esterno che con molta difficoltà. Questa specie d'imperforazione, senza opporsi assolutamente alla concezione, vi arreca peraltro un grande ostacolo, come apparisce chiaro da questo fatto. Se una donna, in cui esiste questo vizio divenisse incinta, non si sa fino a qual punto esso potrebbe opporsi al parto.

L'imperforazione congenita completa dell'utero, non cagiona alcun accidente fino all'età della pubertà, e rimane occulta fino a quest'epoca, ma allora il sangue delle regole essendo trattenuto nella cavità dell'utero, ne resultano dei

fenomeni morbosi, che rinascono e crescono in ciascun periodo dei mestrui. Il fatto, di cui parla Benevoli, nel quale la membrana che otturava il collo dell'utero fu accidentalmente rotta, sembra relativo a questa specie d'imperforazione. Una ragazza di 18 anni, il cui ventre era molto tumefatto per la stagnazione del sangue mestruo, fu presa da una ritenzione di orina, dipendente senza dubbio dalla stessa causa. L'introduzione della siringa non riuscì che con grandissima difficoltà, e il giorno appresso fu ancora più difficile. I tentativi per penetrare in vescica furono ripetuti inutilmente per lo spazio di un'ora. La malata avendo cambiato di situazione, Benevoli continuò i suoi tentativi, quantunque in questa nuova situazione gli restasse più difficile di conoscere se la siringa si allontanava dall'uretra. Finalmente lo strumento essendo penetrato a una certa profondità, credè che fosse pervenuto al collo della vescica: e volendo allora terminare un'operazione di già tanto lunga, per procurare il riposo alla malata, spinse la siringa con maggior forza, e in vece di orina, vide venir fuori un fluido scuro, simile alla feccia del vino, che Benevoli prese per orina sanguigna. Dopo un'abbondante scolo di questo fluido, che fu calcolato circa a 32 libbre, venne fuori con forza anche l'orina, ma non già per l'apertura della siringa. Allora divenne evidente che lo strumento non era penetrato nella vescica, ma bensì nella cavità dell'utero, poichè la vagina non era imperforata. Erano gia tre anni, che il ventre di questa ragazza aveva incominciato a tumefarsi e ciascun mese essa soffriva per alcuni giorni dei dolori, e un sensibile aumento nel volume del ventre. Il giorno dopo lo scolo della materia saniosa, Benevoli introdusse il dito nella vagina, e dilatò il collo dell'utero affinchè potesse scolare all'esterno anche la materia più densa, che vi era tutt'ora rimasta. Per circa un mese seguitò a venir fuori un denso fluido con delle membrane corrotte. Delle iniezioni facilitarono la cura che fu completa in capo a due mesi.

Si potrebbe in un caso simile fare con cognizione di causa ciò, che Benevoli fece per caso; vale a dire, forare il collo dell' utero con un trequarti, o anche con corpo rotondo, quando la membrana offrisse poca resistenza.

L'imperforazione accidentale dell'utero non sopraggiunge quasi mai, che in conseguenza di un parto laborioso, o contro natura, in cui il collo di questo viscere rimane strappato, o escoriato. Questo otturamento può nascere ancora per l'infiammazione, o per una semplice esulcerazione di questa parte. L'imperforazione accidentale completa dà luogo, come la congenita, alla ritenzione delle regole, e alla sterilità. Talvolta questa imperforazione non si produce che dopo la fecondazione, ed in tal caso può impedire, o ritardare il parto. Egli è certo che allorquando esistono insieme la gravidanza e l'imperforazione completa, quest'ultima è posteriore alla fecondazione. La sola imperforazione incompleta può solo precedere la concezione.

Gli stessi mezzi, ai quali si ricorre nell'imperforazione congenita, sono applicabili anche qui, e il loro uso offre ordinariamente minori difficoltà.

Se l' imperforazione completa sopraggiunge durante la gravidanza, e che sia conosciuta prima dell' epoca del parto, bisogna sapere, a fine di distruggerla, se è formata da una semplice aderenza delle parti contigue, o da una vera membrana. È stato osservato in parecchi casi, che si stabilisce una leggiera unione fra le opposte pareti del collo dell'utero in un'epoca avanzata della gravidanza, e che dava luogo negli ultimi tempi, quando il collo dell' utero incomincia a svilupparsi, a dei dolori, che simulavano quelli del parto, e facevano temere un parto prematuro. Questa unione contro natura ha ceduto sovente all' uso dei semicupi, e dei bagni intieri. Se questo mezzo è insufficiente, bisogna distruggere col ferro tagliente l' ostacolo, che si oppone alla nascita del feto, poichè, trascurando questa operazione uno si espone a vedere soccombere la malata fra i più acerbi dolori e le convulsioni epilettiche.

Un fatto riportato da Armand viene in appoggio di questa asserzione. — Fui pregato, racconta egli, di portarmi nella via degli *Arcis* per vedere una donna dell'età di 38 a 40 anni, maritata da nove mesi, e gravida di sette e mezzo, la quale era stata attaccata dalle convulsioni prima del mio arrivo. Io sentii nell' in-

trodurre il dito nell'orifizio interno dell'utero, che era aperto solamente per cinque o sei linee, e due linee al di là l'utero era esattamente otturato da una membrana, che si continuava colla sua propria sostanza, e ne feci il mio pronostico. — Furono fatti tre salassi, e prescritti dei rimedi interni: la malata non ne provò alcun sollievo, e morì prima di avere partorito. Nell'esame del cadavere, nel portare il dito nella vagina, fu incontrata la stessa resistenza al collo dell'utero, che aveva offerta durante la vita. Fu aperto il basso ventre: — L'utero era otturato dalla sua propria sostanza per così dire, conforme avevamo già osservato, ma contro lo stato naturale. — La divisione della membrana *carnosa*, se fosse stata possibile, e nel caso contrario l'operazione cesarea, erano i migliori mezzi, che si fossero potuti impiegare.

Tommaso Simson ha riportato nelle Memorie di Edimburgo un caso, in cui egli praticò l'incisione del collo dell'utero con passeggiero successo. Una donna di circa quaranta anni, ingravidò per la prima volta, e alla fine della sua gravidanza il feto non fu espulso naturalmente, ma bisognò estrarlo a pezzi, dopo che fu morto. Circa tre mesi dopo questo primo e laborioso parto, questa donna divenne nuovamente incinta. Arrivata al termine della gravidanza, stiede tre giorni in travaglio senza che il collo dell' utero cominciasse a dilatarsi. Simson, chiamato presso la medesima, trovò un'imperforazione completa, e domandò un consulto, in cui fu deciso che s'inciderebbe il collo dell'utero, per aprire un passaggio al feto. A questo fine fu introdotto nella vagina una specie di speculo dell'utero, coll'aiuto del quale si poterono distinguere coll'occhio le parti, sulle quali doveva agire il ferro tagliente. L'incisione fu fatta poco a poco alla profondità di mezzo pollice, prima di penetrare nella cavità dell'utero, ed essendo stato portato il dito nella piaga, incontrò la testa del feto. I bordi dell'incisione erano duri, come se fossero formati da una cartilagine. Questa apertura non si dilatò punto negli sforzi del parto, di modo che fu necessario di fare col bisturino dell'altre incisioni nel contorno cartilaginoso della prima. Queste incisioni non furono dolorose, e non versarono sangue. Il travaglio del parto continuò, ma senza produrre una dilatazione sufficiente da fare sperare la naturale espulsione del feto; ond' è che si credè necessario di estrarre il feto a pezzi, come nel primo parto. La vagina di questa donna era d'altronde così stretta, da rendere difficilissima l'ultimazione del parto per i mezzi naturali; ed in fatti questa strettezza aveva resa necessaria l'estrazione del feto nel primo parto, ed offriva la stessa indicazione in questo secondo; ma doveva indurre piuttosto i chirurghi, che assisterono questa donna, a tentare l'operazione cesarea abdominale. Poichè, a cosa può servire di dilatare il collo dell'utero, quando esiste un'altro ostacolo al parto? Poco dopo l' operazione, questa malata sentì un dolore in un lato del petto, accompagnato da difficoltà di respiro e febbre violenta, e morì ventiquattr' ore dopo, senza avere avuto nè dolori, nè emorragia. Il suo corpo non fu aperto. L'autore dell'osservazione pensa che la morte della malata non può attribuirsi all'operazione, ma bensì alla malattia del petto.

Delle ferite o piaghe dell'utero.

La profonda situazione dell' utero lo mette al coperto dall'azione di molti corpi vulneranti, alla quale sono esposte le parti più superficiali. Quindi è che le ferite dell'utero sono rarissime: quasi sempre il peritoneo e la vescica sono comprese nella stessa ferita, e talvolta anche il retto e la vagina.

Queste ferite sono quasi sempre fatte da strumenti perforanti, o da armi da fuoco, allorchè l' utero è nello stato di vacuità: in fatti raramente, in tale stato, strumenti taglienti, o contundenti potrebbero ferire quest'organo protetto da delle parti molli, e dal bacino. Ma non è l'istesso nello stato di gravidanza, e particolarmente dopo il quinto mese fino al parto; poichè allora i rapporti dell' utero non sono più gli stessi, essendosi inalzato nella cavità del basso ventre dietro i muscoli abdominali distesi e assottigliati, dove i corpi contundenti, anche che agiscono con poca forza, possono lederlo.

I sintomi delle ferite dell' utero non sono gli stessi nello stato di vacuità di quest'organo, e nello stato di gravidanza. Nel primo caso, non si può giudicare se il corpo vulnerante ha leso l' utero che

dalla direzione, in cui è stato introdotto, e dalla profondità, a cui ha penetrato. Il dolore nella regione ipogastrica, di dove si estende ai lombi, agl'inguini, e alle coscie, le nausee e il vomito sono dei sintomi comuni alle ferite dell'utero, della vescica, e ancora alle piaghe penetranti nell'abdome senza lesione di questi visceri. Lo scolo del sangue dalla vagina sarebbe un segno molto più sicuro delle ferite dell'utero, ma non può aver luogo che nei casi, in cui lo strumento vulnerante ha diviso intieramente le pareti di questo viscere, e non è impossibile poi che quest'emorragia sì frequente nelle donne, sopraggiunga per semplice esalazione, senza che l'utero sia rimasto leso.

Le ferite e le contusioni dell' utero nelle donne gravide producono in parte gli stessi accidenti, e in oltre provocano l'aborto, almeno nel maggior numero dei casi. Queste piaghe sono sempre molto gravi per la madre e per il feto in particolare, ma per altro non sono costantemente mortali; essendo i due individui sopravvissuti, anche quando i corpi vulneranti avevano traversato l'utero e leso il feto stesso. Una osservazione di Reichard conferma questa asserzione (1).

La moglie di un Albergatore, essendo pervenuta verso il fine della sua gravidanza senz' accidenti, ricevè un colpo di pistola carica a grossi pallini, che le fu tirato da un' uomo ubbriaco. Parecchi pallini le ferirono la spalla e il braccio sinistro; altri le colpirono l' anca, e la mano destra: ma una ferita più grave la ricevè nel fianco sinistro, la quale si estendeva a destra, e lo specillo non ne potè misurare l' estensione. Malgrado la quantità di tutte queste ferite, questa donna si accorse solamente di averle ricevute dal sangue, che vidde scolare, e allora cadde in una breve lipotimìa: sopraggiunse il vomito, e i primi segni del travaglio del parto non tardarono a comparire. Il giorno dopo la malata partorì un figlio in buono stato di salute, ma dopo averlo lavato, fu osservato che aveva nella clavicola destra una ferita, prodotta da un pallino di piombo della grossezza di un buon pisello, e fu trovato in questa piaga un pezzetto della camicia della sua genitrice, che il corpo vulnerante aveva portata seco, e otto giorni dopo fu estratto questa piccola palla. Da questo apparve dunque manifesto che l' utero era rimasto ferito. Le conseguenze di questo accidente furono lunghe e gravi: sopraggiunse una dolorosissima dissenterìa; i lochi non scolarono bene; la suppurazione divenne abbondantissima, e la marcia scolava difficilmente da uno stretto seno. La malata avendo ricusato di sottomettersi all' operazione della contro-apertura, che il seno fistoloso rendeva necessaria, bisognò limitarsi a prescriverle delle iniezioni, ed a lasciare nella sua piaga una cannula d' argento, non solo per favorire l' uscita della materia purulenta, ma ancora per rendere più facili l' iniezioni. La fistola non guarì: ma la donna stava d' altronde così bene, che poteva fare le sue faccende, come prima.

Dell' infiammazione dell' utero.

Ora l' infiammazione si limita alla membrana interna dell' utero, e costituisce il catarro uterino acuto, ora occupa tutto il tessuto di quest' organo, e questa è la metrite propriamente detta. — Il catarro uterino o infiammazione acuta della membrana muccosa dell' utero, riconosce press' a poco le stesse cause dell' altre flemmasie, oltre l' eccitamento degli organi genitali l' abuso dei piaceri venerei, o risvegliato dall' introduzione di corpi estranei nella vagina, e dal disturbato scolo dei mestrui ec.

L' invasione di questa malattia si annunzia con un prurito alla vulva, che va crescendo a segno, di divenire insopportabile, e si propaga alla vagina e talvolta anche all' utero, ed è accompagnato da frequenti stimoli d' orinare, e in alcune donne da desideri insaziabili. In capo a tre o quattro giorni, comparisce uno scolo di un' umore chiaro, poco abbondante, con senso di calore nelle parti, nelle quali si è manifestato il prurito. In breve lo scolo aumenta, e il suo colore diviene verde o giallastro; la malata sente nell' ipogastrio un dolore gravativo, che si estende verso le fosse iliache, gl' inguini, le grandi labbra, il pe-

(1) *Dissert. exhibens uterum gravidae una cum faetu vulneratum. Auct. J. Martino Reichard. Argentorati* 1735 *August.*

rineo, e verso la parte superiore interna delle coscie; l' ardore d' orina è insopportabile, e provoca un vivo bruciore nelle parti, e talvolta sopraggiunge anche la febbre. Questo stato dura fino al nono o decimo giorno, epoca, in cui incomincia a diminuire l' intensità dei sintomi; la materia dello scolo prende un colore giallastro, diviene densa, e poi bianca, e più abbondante; l' ardore d'orina si dissipa, lo scolo diminuisce gradatamente, e cessa affatto dal trentesimo al quarantesimo giorno. La malattia passa talvolta allo stato cronico, e lo scolo diviene sovente ostinatissimo.

La cura del catarro uterino acuto consiste nell'uso delle bevande dolcificanti, dei semicupi, delle iniezioni ammollienti, delle fomente sull' abdome, dei clisteri, e anche dei salassi, quando l' infiammazione è violenta. Si devono aggiungere a questi mezzi il riposo nella situazione orizzontale, e un regime umettante e rinfrescante. Se la malattia passa allo stato cronico, si devono prescrivere i rimedi usati nella cura dei fiori bianchi.

— La metrite è l' infiammazione del tessuto dell' utero e delle due membrane, che lo rivestono internamente, e all' esterno. Questa infiammazione è estremamente rara nelle ragazze, prima della comparsa delle regole. Ma allorchè questa evacuazione si è stabilita, l'utero diviene più irritabile, specialmente durante il periodo dei mestrui, e allora è più suscettibile d' infiammarsi. Questo viscere è ancora più disposto a questa malattia nelle donne maritate, e questa predisposizione aumentata ancora nella gravidanza, giunge al più alto grado nei primi giorni dopo il parto. Coll' avanzar dell' età, questa predisposizione dell'utero all' infiammazione diminuisce, ed è raro di osservare la metrite nelle donne, che hanno cessato di essere regolate. La metrite si distingue in acuta, e cronica; io non parlerò qui che della prima.

Questa malattia può manifestarsi nello stato di vacuità dell' utero, e nel tempo della gravidanza e del puerperio. L' infiammazione occupa talvolta la totalità dell' utero, e altre volte è limitata a una sola regione di quest' organo. Nelle puerpere, l' infiammazione si estende quasi sempre più o meno al peritoneo delle regioni vicine all' utero, al tessuto cellulare, che copre questa membrana, ed ai ligamenti larghi.

Le cause della metrite sono numerose e varie. Alcune sono predisponenti, e altre efficienti. Le prime sono le stesse di quelle, che concorrono allo sviluppo delle flemmasie degli altri organi. Le seconde sono le piaghe dell' utero, le percosse sull' ipogastrio, l' escissione o l' allacciatura di un polipo, i lavori forzati, le gite troppo lunghe, l' applicazione di un pessario, specialmente allorquando il collo dell' utero è leggermente ingorgato, come succede sovente nella malattia, che richiede l' uso di questo mezzo meccanico; il subitaneo raffreddamento delle membra inferiori, allorchè il sangue è stato rarefatto dal moto; l' applicazione dei corpi freddi sulla regione dell' utero e sulle parti genitali; i bagni freddissimi, le bevande gelate prese quando il corpo è riscaldato, l' abuso dei piaceri venerei, specialmente quando esiste una grande sproporzione fra gli organi della generazione dei due individui, e che l'utero si trova un poco prolassato; finalmente l' azione di qualunque strumento sull'orifizio dell' utero sia nella esecranda intenzione di procurare l' aborto, o nella fallace speranza di favorire la fecondità, le iniezioni astringenti abituali, la soppressione del flusso emorroidale, dei fiori bianchi, o di un' ulcera antica, le metastasi erpetiche, rognose, reumatiche e gottose. La maggior parte degli autori hanno annoverato fra le cause della metrite la soppressione e la diminuzione delle regole e dei lochj, ma questa soppressione o diminuzione sembra piuttosto l' effetto, che la causa dell' infiammazione.

Tali sono le cause, che possono produrre l'infiammazione dell'utero in tutte le donne indistintamente, ma ve ne sono altre particolari alle partorienti, come, l'applicazione della tanaglia, colla quale una mano inesperta può serrare il collo uterino fra le branche dello strumento e la testa del feto, e contunderlo; il riscontro praticato bruscamente e troppo spesso; le manuvre lunghe e mal eseguite per andare a cercare i piedi del feto, specialmente dopo che l'acque sono scolate da lungo tempo; l'estrazione della placenta fatta violentemente. Alcune cause particolari possono, unitamente a quelle,

TRATTATO COMPLETO

DI

ANATOMIA DESCRITTIVA

DEL

BARONE BOYER

TRADUZIONE ITALIANA CON NOTE

Manifesto di Associazione

Del grande edifizio delle scienze mediche è base l'ANATOMIA, quindi resulta l'importanza e il desiderio de' buoni Trattati anatomici.

Trattato d'Anatomia importa descrizione del corpo umano sminuzzato in numerosissime parti: vuolsi sminuzzato sapientemente, e vuolsi semplicità somma, ordine, precisione, perchè le idee de' tanti oggetti rappresentati s' alloghino con agio, e simetria nella mente dello studioso. Difficile impresa! e tuttavia di buoni trattati anatomici se ne contano diversi. Ma l' ottimo a giudizio di tutti, è il TRATTATO COMPLETO di ANATOMIA DESCRITTIVA del *Barone Boyer*.

Questo offriamo tradotto nel nostro Idioma, e con ciò seguitando la nostra impresa tipografica, ci assolviamo col pubblico da una promessa (V. *Manifesto pubblicato il* 20 *Luglio* 1832).

Se venisse considerata opportuna qualche aggiunta al suddetto TRATTATO, si collocherà come appendice nell' ultimo volume (1).

(1) E qui se le promesse fatte in certo manifesto, che io so circolare da torchi non miei per altra edizione del Boyer, porteranno un resultato che sia prezzo dell' opera, dichiariamo essere in grado di adempirle noi pienamente.

CONDIZIONI DELL'ASSOCIAZIONE

1.° L'opera sarà compresa in due volumi, in carattere testino a due colonne, e precisamente come il Trattato delle Malattie Chirurgiche del suddetto Autore, che si sta ultimando; e sarà distribuita in 10 fascicoli circa di pagine 96 per ciascheduno.

2.° Il prezzo per i Sigg. Associati è di paoli tre fiorentini per ciascun fascicolo, pari a Lire 1, 68 italiane.

3.° È già stato pubblicato il primo fascicolo e fra trenta giorni verrà alla luce il secondo, e così di seguito.

4.° Si darà la tredicesima copia *gratis*, a chi prenderà in una sola volta dodici esemplari.

5.° L'associazioni si ricevono in Firenze presso l'Editore in via Lambertesca, ed in Genova presso Giuseppe Cestino e presso i primarj Librai d'Italia.

FIRENZE 25 *Luglio* 1835.

L'Editore
SANSONE COEN

che ho enumerate, favorire lo sviluppo della metrite. Queste cause sono le vive affezioni dell'anima, come lo spavento, l'eccessiva gioia, o la tristezza profonda; gli sforzi sostenuti, ma infruttosi dell'utero per espellere il feto, specialmente dopo lo scolo dell'acque: una fascia fortemente stretta attorno il ventre, in vista di sostenere l'utero; l'applicazione dei corpi freddi e del ghiaccio sull'ipogastrio per arrestare una emorragia pericolosa; la putrefazione dei grumi di sangue, o di una porzione della placenta nell'utero, essendo chiuso il suo orifizio.

L'invasione della metrite è quasi sempre improvvisa. Quando la malattia si annunzia grave, e con i segni di una febbre inflammatoria, ordinariamente la donna soffre dei brividi, e dell'ansietà. Il calore succede a questi primi sintomi; il polso diviene frequente, pieno e duro nelle recenti puerpere di una robusta costituzione e in quelle che hanno abortito, o sofferto qualche violenza; e nell'altre è sviluppato fino da principio, ma ben presto diviene piccolo, debole, e talvolta irregolare; e nel tempo stesso si dichiara della tensione e del dolore nell'ipogastrio. Nelle donne fresche di parto, il dolore è in principio remittente, come gli ordinari dolori dei primi giorni del puerperio, ma ben presto ritorna con maggior violenza, e sembra partire dalle reni. Nelle donne, che non sono ingravidate da lungo tempo, e in quelle, che non hanno fatto figli, il dolore è più costante e fisso. La malata sente questo dolore in diversi punti del basso ventre, ora ai lombi, all'umbilico, ora al pube, agl'inguini, e alle coscie, secondo la regione dell'utero, che è la sede dell'infiammazione. Se è il collo di questo viscere, che è infiammato, il dito introdotto nella vagina lo trova dolente, scottante, duro, e come ritirato, e il suo orifizio chiuso. In tutti i casi, la minima pressione sull'ipogastrio esacerba il dolore e lo rende insopportabile, e talvolta la malata non può neppure sostenere il peso delle coperte.

Allorchè la metrite si manifesta nello stato di vacuità dell'utero, è raro che la tumefazione di quest'organo sia assai considerabile da produrre un tumore sensibile nell'ipogastrio. Ma se attacca una puerpera la cosa è diversa: le puerpere hanno naturalmente il ventre elevato, ma molle, e anche molte ore dopo del parto, la mano scopre la forma rotonda dell'utero sviluppato; ora, se l'infiammazione si dichiara in questo viscere nel tempo, che si trova in questo stato, il suo volume aumenterà, e formerà nella regione ipogastrica un tumore circoscritto, renitente e dolentissimo: ma questo tumore non è mai voluminosissimo, e allorquando nella metrite tutta la regione ipogastrica è considerabilmente tesa ed elevata, si può tenere per certo che l'infiammazione si è propagata al perineo e al tessuto cellulare, che l'unisce alle parti vicine. La malata soffre un senso di peso sul retto, che l'invita a ponzare, e si lamenta di un bruciore o di una difficoltà nell'orinare. Se la metrite si manifesta nel tempo del puerperio, ordinariamente si sopprimono i lochj e sovente si appassiscono le mammelle: se sopraggiunge nel tempo del flusso mestruo, lo scolo si sopprime, ma conforme noi abbiamo già detto, la soppressione di questi scoli è l'effetto, e non la causa dell'infiammazione.

Ai sintomi locali, dei quali abbiamo parlato, vi se ne aggiungono moltissimi altri, che variano in ragione dell'intensità dell'infiammazione, e che possono essere riguardati come l'effetto dei rapporti simpatici dell'utero cogli altri organi. Questi sintomi sono generalmente i seguenti: nausea, abbondanti eruzioni di aria, vomiti di bile di un colore giallo più o meno cupo, agitazione, sete viva, lingua asciutta, cefalalgia, che dalla base dell'orbite si estende all'occipite; rossezza del viso, vigilia, delirio, sospiri, dispnea; e allorquando l'infiammazione fa dei progressi, e che è molto intensa, si manifestano dei fenomeni anche più allarmanti; sopraggiunge il singhiozzo, il sussulto dei tendini, il meteorismo, dei sudori sintomatici alla fronte e al petto, il polso diviene piccolissimo, contratto, intermittente, e frequentissimo; l'estremità divengono fredde, scola dalla vagina una materia fetidissima, l'orine e gli escrementi sono resi involontariamente, e delle frequenti lipotimie precedono la morte.

La diagnosi della metrite è raramente difficile. Per altro allorchè questa infiammazione si manifesta dopo il parto, la

rassomiglianza dei suoi fenomeni con quelli della peritonite, potrebbero far prendere una di queste malattie per l'altra. Si può evitare questo sbaglio riflettendo che nella peritonite, il dolore e la tensione del ventre sono generali; che la malata non soffre quel senso di peso sul retto, che l'eccita a fare degli sforzi come per andar di corpo; che il collo dell'utero offre poca durezza e sensibilità; che il suo orifizio non è esattamente chiuso; e finalmente, che i vomiti l'ansietà, il meteorismo, la prostrazione etc. che si manifestano quasi fin dal principio della peritonite, non sopraggiungono nella metrite che allorquando è giunta al suo più alto grado, o che è complicata colla peritonite, a cui l'infiammazione dell'utero può dar origine. In quanto al resto poi, un errore di diagnosi nell'una, o nell'altra di queste due infiammazioni non può essere pericoloso per la malata poichè la cura ne è la medesima.

L'affezione isterica, che sopraggiunge dopo il parto, potrebbe essere presa per l'infiammazione dell'utero; ma per poco che si faccia attenzione ai sintomi propri di ciascuna di queste due malattie, sarà facile di distinguerle.

La metrite, siccome tutte le altre infiammazioni, può terminare per risoluzione, per suppurazione, per gangrena, e per indurimento.

La risoluzione n'è il termine il più favorevole e tutti gli sforzi dell'arte devono tendere a procurarla. Questo esito non si ottiene ordinariamente che verso la fine del secondo settennario, e vi annunzia col ritorno dei lochi o delle regole, coll'apparizione dell'emorroidi, collo scolo più o meno abbondante di una materia puriforme e fetida, o di un liquido sanguinolento, e specialmente colla graduata diminuzione di tutti i sintomi dell'infiammazione. Qualche volta un'eresipela, un reumatismo, che dall'utero si porta su qualche altra parte, un sudore abbondante, prolungato ed uguale, dell'orine con sedimento puriforme, o un eruzione miliare giudicano la malattia.

La metrite termina raramente per suppurazione, atteso che la struttura densa e compatta dell'utero, la piccola quantità di tessuto cellulare, che entra nella sua composizione, sono circostanze poco favorevoli alla formazione del pus. Frattanto si trovano nell'opere degli autori, e particolarmente in quelle di Mauriceau, di la Motte, di Van-Swieten e di Smellie degli esempi d'infiammazioni di utero, che sono terminate per suppurazione, e nelle quali degli enormi ascessi, che si è creduto essersi formati nel tessuto dell'utero, si sono aperti in capo di un tempo più, o meno lungo nella parete anteriore del basso ventre, negli inguini, nelle natiche, o nella vescica e nel retto. Ma si può egli credere che l'utero, la cui struttura, come abbiamo poco fa detto, e così poco favorevole alla suppurazione, possa divenire la sede di un vasto ascesso, e conservare ancora la facoltà di servire a tutte le sue funzioni, come è successo nel maggior numero delle donne, che hanno sofferto simili ascessi, che si è preteso essersi formati in quest'organo? Non è egli più verosimile che siansi formati nel tessuto cellulare del peritoneo infiammato insieme coll'utero, e che quelli, che si sono aperti nel retto, o nella vescica, conforme ne ho veduto anch'io un caso, avessero la loro sede nei ligamenti larghi dell'utero? Riguardo poi agli ascessi dell'utero, che si narra essersi aperti nella sua cavità, non si possono revocare in dubbio; ma io credo che debbano essere molto rari, e che è probabile che siasi preso sovente per marcia proveniente da un ascesso dell'utero la materia muccosa e puriforme, separata dalla membrana interna di questo viscere infiammato, la quale viene fuori per la vagina. Quantunque non si possa dubitare della formazione degli ascessi nella sostanza delle pareti uterine, bisogna però convenire che i fatti di questo genere, comprovati dall'apertura dei cadaveri sono estremamente rari. Un celebre medico il Sig. Portal, ne riporta due esempi nel suo trattato di anatomia medica. In uno l'utero era tumefatto e duro nella sua totalità, e fu trovato sotto la membrana, che lo riveste esteriormente, una quantità considerabile di marcia; il suo stesso tessuto n'era imbevuto, e la sua cavità apparve sana, nè conteneva alcun'umore. Nell'altro caso, la marcia era raccolta parimente fra la membrana esterna dell'utero e il suo corpo, nella parte posteriore del quale si vedeva un foro, che comunicava colla cavità di quest'organo,

nella quale fu trovato della marcia mista a del sangue; le pareti dell'utero erano tumefatte e rilasciate in tutta la loro estensione; il collo era anch'esso moltissimo tumefatto, e pieno internamente di piccoli corpi di natura poliposa, aderenti alla sua interna superficie.

Allorchè i sintomi della metrite si sostengono nell'istesso grado al di là del secondo settennaro, vi è luogo di temere la suppurazione, e si giudica che è accaduta dai segni generali delle suppurazioni interne. Al momento della formazione della marcia, i dolori aumentano e divengono pungitivi, o pulsativi; si dichiara sulla sera la febbre con orripilazione, e l'orine e le scariche di ventre si sopprimono. La diminuzione di tutti questi sintomi annunzia che la suppurazione è già successa. Se l'ascesso si apre nell'utero, la marcia scola per la vagina; e se si apre la strada nella vescica, viene fuori dall'uretra insieme coll'orine; esce poi dall'ano, se l'ascesso comunica col retto; ma in questi due casi è probabile, conforme abbiamo già accennato, che l'ascesso non sia nato nelle pareti dell'utero, ma bensì nei ligamenti larghi, o nel tessuto cellulare delle parti vicine. L'istesso si può dire, allorchè il tumore si manifesta sopra il pube, verso uno degl'inguini, o nelle natiche, poichè in questi casi la natura tende sempre a spingere la materia all'esterno, ma la fluttuazione tarda tanto più a manifestarsi, quante più numerose sono le parti, che la materia incontra, da traversare, per giungere sotto la pelle. Quando l'ascesso è abbandonato alla natura, non si apre spontaneamente talvolta che in capo a quaranta o cinquanta giorni. Vedasi ciò, che ho detto intorno questi ascessi, trattando dei tumori esterni del basso ventre.

La metrite termina talvolta per gangrena; ma ciò non succede che nell'infiammazione, che attacca l'utero nel tempo del puerperio. La struttura spongiosa dell'utero, le scosse e gli strappi, che soffre nel travaglio del parto; l'estrema sensibilità e irritabilità, di cui gode quest'organo nelle recenti puerpere, favoriscono questo funesto termine, che riconosce sempre per causa una fortissima infiammazione. La gangrena si forma fra il terzo e il settimo giorno, e si annunzia col vomito, col singhiozzo, con delirio, coll'assopimento, col continuo aumento del meteorismo, con delle scariche di ventre di un'odore cadaverico, nere e involontarie; collo scolo di una materia putrida e fetida dalla vagina, colla cessazione completa del dolore e del calore, col polso intermittente, piccolissimo, e frequentissimo; col raffreddamento dell'estremità, con i sudori freddi e viscosi, colle lipotimie, e le convulsioni, che precedono l'inevitabil morte.

L'apertura dei cadaveri ha dimostrato che l'indurimento, o uno stato quasi calloso in un punto qualunque dell'utero specialmente nel suo collo, possono essere il risultamento dell'infiammazione; ma gli scirri di quest'organo sembra che abbiano sempre un'altra origine. Se si osservano talvolta dopo la metrite, essi si manifestano colla mancanza di una benigna risoluzione, e colla sparizione della febbre e del dolore; e intanto si scopre nella regione ipogastrica un tumore renitente, indolente, ineguale, bernoccoluto, ordinariamente con obliquità dell'utero e cambiamento di situazione del suo collo. Questo tumore è prominente nella vagina, ove il dito esploratore incontra una massa pesante, che gravita profondamente sul perineo; e questi fenomeni sono più sensibili quando la donna sta in piedi. Sopraggiunge una torpidezza, un dolore sordo, delle varici e l'edema nell'ano, o nell'altro membro dell'estremità inferiori, delle stirature e dei dolori nei lombi, uno scolo di materia bianca e tenace dalla vagina; le purghe sono scarse, o soppresse, o pure in loro vece si dichiarano dell'emorragie uterine; la donna diviene sterile, e se concepisce in tale stato, abortisce costantemente senza causa manifesta; la vescica, il retto sono incomodati dal volume del tumore; finalmente la faccia si scolorisce e presenta un'aspetto cachettico. Lo scirro incipiente non è sempre facile a conoscersi, e si confonde facilmente con altre malattie dell'utero, e dell'ovaia. Ma anche troppo di sovente la diagnosi di questo funesto accidente è confermata dalla degenerazione dello scirro in cancro.

Il pronostico della metrite è sempre pericoloso; ma lo è più, o meno secondo un gran numero di circostanze. Quando l'infiammazione attacca l'utero in stato di vacuità, se non è fortissima, termina

quasi sempre per risoluzione; ma allorchè invade l'utero gravido, riesce quasi sempre, mortale, a meno che non provochi un pronto aborto, accompagnato da emorragia. La metrite che si dichiara nel puerperio è, in generale, pericolosissima, e poche donne sfuggono alla morte, quando l'infiammazione è molto forte. Il pericolo della metrite in questa circostanza è tanto maggiore, quanto più presto si dichiara dopo del parto, e specialmente dopo di un parto laborioso.

La metrite deve curarsi, come tutte le altre malattie infiammatorie, con i rimedi antiflogistici, cioè, con i salassi generali e locali, colle bevande rinfrescanti e dolcificanti, con i bagni intieri e con i semicupi tiepidi, colle imbroccazioni, le fomente ammollienti e anodine sull'ipogastrio, e colle iniezioni nella vagina, e i lavativi della stessa natura, colla severa dieta, un perfettissimo riposo. Ma l'uso di molti di questi rimedi, dev'essere modificato secondo le circostanze, in cui si è sviluppata la metrite, l'intensità dell'infiammazione, il temperamento del malato e le complicanze della malattia ec.

Quando la metrite attacca una ragazza o una donna non gravida, e che l'infiammazione è moderata, i salassi generali non sono indicati, e basta l'applicazione delle mignatte alla vulva; ma quando la metrite è forte, questo salasso locale non sarebbe sufficiente, per quanto copioso si fosse, per arrestare i progressi dell'infiammazione, e ricondurla a quel grado, in cui la natura può operarne la risoluzione. È perciò indispensabile il salasso dal braccio, il quale va ripetuto secondo lo stato delle forze e la violenza dei sintomi iflammatori.

Nella metrite delle recenti puerpere, l'uso del salasso esige una maggior circospezione. In una donna delicata e debole, che è stata molto tormentata dagli spasmi in tempo del travaglio del parto, e nella quale i lochi non fluiscono, siccome l'infiammazione è piuttosto l'effetto, che la causa dell'eretismo e della contrazione spasmodica dei vasi uterini, il salasso, specialmente ripetuto, non potrebbe che aumentare la debolezza e la causa dello spasmo. Allorchè la metrite è accompagnata da una febbre adinamica, o atassica, l'infiammazione presenta una tendenza al maligno, che l'emissione di sangue non potrebbe dissipare. In tutti questi casi, si può ritrarre un gran vantaggio dai vescicanti, applicati sull'abdome, e sulla parte interna delle coscie, e da tutti quei mezzi, propri a calmare gli spasmi dell'utero, e lo sconcerto del sistema nervoso. L'emissione di sangue non conviene neppure quando dei grumi di sangue, una porzione di placenta rimasta e putrefatta nella cavità dell'utero, ha irritato quest'organo, e suscitato i sintomi inflammatori. In questo caso conviene unire a rimedi capaci di sedare lo spasmo, a quelli, che possono favorire l'espulsione della causa irritante.

Ma quando la metrite è nata dopo un parto laborioso, o artificiale in una donna robusta e pletorica, e che i lochi si sono repentinamente soppressi; che il polso è duro, vibrato, e che tutti gli altri sintomi inflammatori sono molto intensi, il salasso è il solo soccorso, su cui si possa contare per arrestare i progressi del male, e prevenire un funesto termine. Onde è che senza perder tempo bisogna aprire una vena del braccio, ed estrarre in una volta o due una sufficiente quantità di sangue per calmare la violenza dell'infiammazione. Allorchè la metrite è complicata colla peritonite; dopo avere praticato uno o più salassi dal braccio, si deve applicare delle mignatte sull'abdome; ma a fine di ottenere dei buoni effetti da questa evacuazione di sangue locale, conviene, conforme abbiamo accennato parlando della infiammazione del peritoneo, che si dichiara in conseguenza dell'operazione della pietra, coprire di mignatte il basso ventre, onde troncare il corso all'infiammazione di questa membrana, che è ancora più pericolosa di quella dell'utero.

Tali sono le regole, dietro le quali l'uso del salasso dev'essere diretto nella cura della metrite. Riguardo poi agli altri mezzi antiflogistici, convengono tutti senza eccezione, siano qualunque le circostanze, in cui la malattia si è dichiarata, e l'infiammazione sia più leggiera, o più forte. Lo spasmo, e l'eccessiva irritabilità nelle puerpere, meritano la più grande attenzione. Allorchè si affacciano questi sintomi, se l'infiammazione ha sufficientemente ceduto, si ottengono dei buoni effetti dall'oppio e dai leggieri sedativi.

Quando la metrite termina per sup-

purazione, se si manifesta un tumore all' ipogastrio, all' uno degl' inguini, o in qualche altro punto della periferia del basso ventre, bisogna applicarvi sopra un cataplasma ammolliente, e aprirlo appena, che ci si manifesta la fluttuazione. Se l'ascesso si apre nella cavità dell'utero, si fanno delle iniezioni per la via della vagina, a fine di facilitare lo scolo della marcia; ma in questo caso avvi da temere che non rimanga un'ulcera fistolosa incurabile. L'istesso deve dirsi quando la marcia si fa strada nella vescica, o nel retto. Allorchè la metrite termina per gangrena, la malattia è necessariamente mortale, ed è inutile la china china e gli altri antisettici, di cui è stato consigliato l'uso.

Quando la metrite si risolve, non è raro di vedere tardare le purghe anche per due o tre mesi. Sarebbe imprudente in tal caso la prescrizione degli emmenagoghi, perchè essendo più o meno tutti stimolanti potrebbero riuscire nocivi.

Dei vizi di situazione dell'utero.

L'utero è soggetto a molti cambiamenti di situazione: 1.° si può abbassare nella vagina, 2.° si può rovesciare; 3.° inclinare e inchiodarsi ancora nel bacino; 4.° può formare un' ernia: ma siccome noi abbiamo parlato altrove di quest' ultima specie di viziosa situazione dell'utero, non faremo parola adesso che delle altre tre specie.

Del prolasso dell'utero.

Il prolasso dell'utero si divide in più gradi, che alcuni distinguono con i nomi di rilasciamento, di procidenza, di discesa ec., o meglio di prolasso completo e incompleto. Il prolasso incompleto può accadere fuori del tempo della gravidanza, in questo tempo, e anche nel travaglio del parto; ma è rarissimo nelle ragazze.

Riconosce due specie di cause, predisponenti e efficienti. Le prime sono la troppa ampiezza del bacino, la rilasciatezza dei ligamenti dell'utero che talvolta è primordiale, e talvolta la conseguenza delle troppo frequenti gravidanze: specialmente nelle donne molto giovani; l'inzuppamento e il rilasciamento delle membrane della vagina. Le cause efficienti sono i grandi sforzi per sollevare o portare dei pesi, gli esercizi bruschi e violenti del corpo, lo star molto in piedi, l'equitazione, le scosse di una vettura, le forti pressioni sul ventre, gli sforzi smodati per andar di corpo nei casi di costipazione, la commozione risultante da una caduta sulle piante dei piedi, la pressione esercitata sull'utero dagli altri visceri abdominali, specialmente nelle donne molto grasse, o pure da un tumore sviluppato nel basso ventre.

Nel prolasso incompleto, l'utero si è abbassato nella vagina, ove s'incontra un tumore piriforme, attorno di cui si può portare facilmente il dito, e nella cui sommità si sente un' apertura trasversa. Questo tumore è situato più o meno in basso. Nel prolasso completo poi l'utero è uscito fuori della vulva, e pende fra le coscie. In questo caso porta seco la vagina, che l'obbliga a rovesciarsi, e una porzione del basso fondo della vescica orinaria, che ricopre la parte anteriore superiore del tumore, a cui è aderente. Accade ancora talvolta che alcuni dei visceri del bassoventre s' insinuano nella specie di cul di sacco, formato dalla vagina rovesciata, ed aumentano di non poco il volume del tumore. L'utero completamente prolassato si presenta sotto la forma di un tumore allungato, quasi cilindrico, terminato da un' estremità molto più piccola del rimanente, e nella quale si scorge un' apertura trasversa, da cui scola il sangue mestruo all' epoche ordinarie. Quando il prolasso completo dell' utero è antico, la membrana mucosa della vagina esposta all'azione dell' aria, prende talvolta coll'andar del tempo un'aspetto simile a quello della pelle. E quindi è che delle persone dell'arte poco attente o ignoranti, hanno preso questo tumore per il membro virile, ed hanno riguardato come emafrodite delle donne affette da questa malattia. Saviard ci ha conservata la storia di una ragazza di Tolosa, che era in questo caso.

Nel prolasso incompleto dell' utero, le donne non soffrono altro incomodo che del peso e delle stirature alle reni; e questi sintomi aumentano allorquando stanno in piedi, o che fanno un lungo moto, e diminuiscono, al contrario, quando stanno in riposo, specialmente nella situazione orizzontale. Nel prolasso completo, il peso e le stirature alle reni sono più considerabili, e vi si aggiunge sovente una gran difficoltà d' orinare, un continuo tenesmo, e talvolta dei forti dolori

nell'utero medesimo, il quale s'infiamma e si esulcera facilmente, a cagione della sua declive situazione, delle confricazioni, cui è esposto, e del contatto dell'orina, che quasi continuamente lo bagna.

La diagnosi del prolasso dell'utero non è difficile: per altro potrebbe, per mancanza di attenzione, essere confuso con un polipo dell'utero, o della vagina. Ma è facile di evitare un tale sbaglio se si rifletta, che il tumore formato dal prolasso dell'utero può facilmente essere riposto, e che ritorna ordinariamente al suo posto da per se stesso, allorchè la donna si è coricata in letto; mentre il polipo non è sempre suscettibile di riduzione: d'altronde il tumore formato da un polipo, quantunque piriforme, è differente da quello, che risulta dal prolasso dell'utero, perchè la sua parte più larga è anche la più bassa, nè si osserva nella sua estremità un'apertura trasversa.

Il pronostico del prolasso dell'utero fuori del tempo della gravidanza, non e pericoloso. Abbandonato a se stesso, degenera in una malattia cronica, colla quale le donne possono vivere lungamente, senza trovarsene molto incomodate.

La cura consiste nel riporre l'utero al suo posto, e di mantenervelo. Nel prolasso incompleto la reposizione n'è molto facile. Basta solo sovente di fare coricare la donna supina in letto, col bacino più elevato del petto, affinchè l'utero torni da per se al suo natural posto; ma se questa situazione non è sufficiente, col dito indice introdotto nella vagina, si respinge facilmente l'utero nella sua situazione.

Nel prolasso completo, la riduzione può essere assai difficile, specialmente quando la malattia è antica. Le parti uscite di sito, sono così voluminose, che non possono più essere respinte in un luogo, ove esse hanno, per dir così, perduto il diritto del domicilio. Inoltre, esse sono tumefatte, e indurite, e queste due circostanze ne rendono più che mai difficile la reposizione. Per altro, per quanto sia antica la malattia, e voluminosissimo il tumore, è ben raro che sia impossibile di riporlo. Si trovano negli autori molti esempi, dai quali si rileva che sono stati ridotti dei prolassi completi, che datavano da dodici, quindici, venti anni, e anche più. Ma in questi casi, prima di procedere alla reposizione, bisogna disporvi le parti. A tale effetto si raccomanda alla malata di stare per lungo tempo nella posizione orizzontale, e si applicano intanto sul tumore delle fomente ammollienti e risolventi; le si prescrive un regime assai severo per ottenere una diminuzione nel volume dei visceri abdominali e delle parti espostate. In alcuni casi, si ricorre anche al salasso, onde provocare un rilasciamento favorevole alla riduzione.

Saviard, Le Blanc, chirurgo a Orleans, Hoin, chirurgo a Diogine, e molti altri, sono giunti coll'aiuto di questi mezzi a ridurre dei prolassi completi d'utero antichissimi e voluminosissimi. L'esulcerazioni, che si osservano talvolta sulla superficie dell'utero, non contrindicano la sua riduzione, come credono alcuni chirurghi: questa è, al contrario, un motivo per ricorrervi più prontamente, poichè questo è il mezzo di sottrarre il tumore all'azione dell'aria, e alle confricazioni, che hanno cagionato l'ulceri e le mantengono. Vi è solamente, in questo caso, una importante precauzione da prendere della quale gli autori, per quanto io mi sappia, non hanno fatto parola, ed è di spalmare la vagina con un corpo grasso, a fine di prevenire le mutue aderenze delle sue pareti nei punti, ove il pessario, di cui uno si serve per contenere l'utero, non le tiene slontanate.

L'enorme volume dell'utero negli ultimi tempi della gravidanza, non ne impedisce il prolasso, e questo caso non è neppur raro in pratica, e se ne trovano molti esempi nelle raccolte di osservazioni. Ora l'utero si è prolassato nelle donne, che erano soggette a questo accidente prima della gravidanza, ed ora si è prolassato per la prima volta nel tempo del parto.

Quando l'utero si prolassa nel corso della gravidanza, bisogna procurare di ridurlo. Quando la gravidanza è poco avanzata, questa riduzione è assai facile, se vi si procede prontamente, e specialmente se prima di tentarla, si vuota la vescica orinaria e il retto per mezzo della siringa e dei clisteri. Quando si riesce in questa operazione, bisogna raccomandare alla donna di stare a letto per lungo tempo, di tenere libero il ventre, e di evitare ogni sforzo a fine di impedire la

recidiva della malattia. Se la gravidanza è molto inoltrata, o che il prolasso dell' utero sussista da molto tempo, la riduzione è difficilissima e talvolta impossibile. In questo caso, dopo avere fatto degl'inutili tentativi, è meglio lasciare l'utero prolassato, che d'insistere sulla sua riduzione con danno della madre e del feto; ma non bisogna però abbandonare l'utero al suo proprio peso, procurando di sostenerlo con una conveniente fascia, e si obbliga poi la donna a rimanere in letto fino al termine della gravidanza.

Quando il prolasso dell'utero succede nel parto, qualunque tentativo per ridurlo sarebbe infruttuoso, e anche pericoloso per la madre e per il figlio. Bisogna limitarsi allora a facilitare la nascita del feto, dilatando poco a poco l'orifizio dell' utero, facendo sostenere questo organo in tempo di tale operazione, la quale, quantunque laboriosa, pure riesce meglio che quando l'utero è al suo posto. Venuto fuori il feto, si deve estrarre la placenta, procedendo a questa operazione con molta circospezione; poichè, se non si può abbandonare alla natura l' espulsione di questa massa carnosa in tal circostanza, non si può neppure tirare sul cordone umbilicale, come si costuma nei casi ordinari, ma conviene portar la mano nell'utero, staccarla nelle solite regole, e portarla fuori. Terminata questa operazione, l'utero si contrae, e diminuisce di volume, e allora la riduzione ne diviene facile.

Qualunque siano le circostanze, nelle quali è avvenuto il prolasso dell'utero, e sia questo incompleto, o completo, non basta solamente il ridurlo, poichè ben presto si prolasserebbe di nuovo, se non si procurasse d'impedirlo con i convenienti mezzi. Se avvi semplicemente un principio di prolasso, basta talvolta che la donna stia in una posizione orizzontale, che si guardi dal fare degli sforzi, e che usi delle iniezioni astringenti, e aromatiche fredde, perchè l'utero torni al suo posto. Ma se l'utero è assai basso, questi mezzi sono insufficienti, e bisogna ricorrere al pessario, a meno che il collo di questo viscere non fusse ingorgato e dolente, mentre, quanto questo strumento è salutare nel primo caso, tanto sarebbe pericoloso in quest'ultimo. Il pessario è indispensabile nel prolasso dell'utero, quando il collo di questo viscere è sano.

I pessari si compongono di varie materie; ma presentemente non si usano che quelli di gomma elastica, la cui forma è rotonda o ovale, essendo un poco concavi nelle due facce, e forati in mezzo; e questo foro serve a ricevere il collo dell'utero, e dar passaggio al sangue mestruo. La grandezza del pessario dev'essere proporzionata a quella della vagina, e quando questo canale è stretto, si preferisce un piccolo pessario rotondo, ma se è molto largo, un pessario di questa forma, che fusse convenientemente grande per potere rimanere applicato nella vagina, farebbe una pressione sul sacro e sul pube, e produrrebbe necessariamente la difficoltà d'orinare, o di andar del corpo. Per evitare questo inconveniente, si deve scegliere allora un pessario ovale, il quale si appoggia colle sue due estremità sulle tuberosità ischiatiche. Qualunque sia il volume del pessario, è necessario perchè resti nella vagina e sostenga l'utero, che non ci entri troppo facilmente. Quando si è introdotto il pessario, la donna deve rimanere per qualche giorno a letto: con tal precauzione questo strumento rimane più facilmente nella vagina, perchè si dà tempo alle parti di ristringersi, onde ne abbracciano stabilmente la circonferenza; e la donna poi si trova meno incomodata dalla presenza di questo corpo estraneo nella vagina, evitando per i primi giorni gli attriti, che produrrebbe l'esercizio del corpo. Nelle donne, che hanno il perineo strappato, i pessari ordinari difficilmente rimangono in sito; ed in questi casi siamo quasi sempre obbligati di servirci di quelli col gambo.

L'uso del pessario dà luogo a diversi inconvenienti. La prima applicazione di questo strumento, aumenta quasi sempre la secrezione mucosa della vagina, e produce una specie di catarro, che continua talvolta per tutto il tempo che la donna porta il pessario. Se uno di questi strumenti, composti di una materia alterabile, rimane per lungo tempo nella vagina, la sua superficie diviene inuguale, scabrosa e bernoccoluta; la membrana muccosa della vagina divenuta più o meno fungosa, s'interna nelle disugua-

glianze della superficie del pessario; il mucco vaginale vi stagna, si altera e prende un'odore fetido; finalmente la membrana mucosa della vagina si esulcera in diversi punti, vi nascono dei vivi dolori, e sopraggiunge talvolta la febbre e altri sintomi, che potrebbero far supporre una infiammazione della vescica, o dell'utero. Si fanno cessare questi accidenti estraendo il pessario; ciò, che per altro non è sempre facile. Si possono anche prevenire, cambiando il pessario di tempo in tempo, e raccomandando alla malata di farsi ogni giorno delle iniezioni nella vagina.

Quando le donne non possono sopportare un pessario qualunque, il mezzo più sicuro per supplire all'uso di questo stromento è un pezzo di spugna, che s'introduce nella vagina subito dopo la riduzione dell'utero, o uno stuello introdotto nell'orifizio della vagina, ritenendoli in sito per mezzo di una fascia corredata di una molla, che venga ad appoggiarsi contro questi corpi, e che possa tirarsi da parte nell'andare di corpo, e nell'orinare. Noi termineremo di parlare del prolasso dell'utero, riportando una singolare osservazione di questa malattia, consegnata da Chopart nel suo Trattato delle malattie delle vie orinarie, tom. 2 p. 73 la quale gli fu comunicata nel 1784 da Marrigue primo chirurgo dell'infermeria di Versailles.

Una ragazza di campagna fece nell'età di 14 anni, un violento sforzo nel tempo dell'eruzione delle sue regole, per gettare al di là di un muro un fastello d'erba, che portava sulle sue braccia. Essa sentì subito un vivo dolore alle reni e nella parte inferiore dell'ipogastrio. Il giorno dopo si accorse che un corpo carnoso le usciva fuori della vulva, oltrepassando le grandi labbra, e questo corpo era l'utero, di cui non fu fatta la riduzione. Questa ragazza si accostumò poco a poco a questo incomodo, ma il tumore andò crescendo di volume per il prolasso di una maggior porzione d'utero, il quale lentamente si tumefece, e acquistò la forma e grossezza di un'uovo d'oca. La malata tentò più volte da se stessa di ridurre l'utero, ma incontrò una tale resistenza, che i suoi sforzi furono infruttuosi, ond'ella prese il partito di vivere col suo incomodo, il quale non le cagionava alcun dolore, nè impediva il regolare scolo delle purghe. Giunta all'età di 22 anni, essa sposò un'uomo, il quale non avendo mai conosciuto altre donne, pensò che tutte fussero fatte come la sua, e per conseguenza non si lamentò del vizio organico, che essa aveva, e per venti anni fece degl'inutili tentativi per renderla madre. Questa donna non cessò mai di godere della miglior salute, e divenne grassa e robusta, occupandosi dei lavori della campagna, ed essendo sempre ben regolata. Finalmente dopo venti anni, il suo marito pervenne a dilatare l'orifizio dell'utero, che era fuori delle grandi labbra, e dopo averlo allargato poco a poco, v'introdusse il glande della verga, e cominciò l'opera della generazione. Questa donna divenne incinta e la gravidanza si annunziò con tutti i segni, che la caratterizzano. Lo sviluppo dell'utero si operò in parte nel bacino, e in parte fuori. La porzione di questa viscera situata fuori della vulva, si estese in tutte le dimensioni per quanto le fu possibile, ma siccome in questa situazione si trovava compressa dalla vulva e dall'orifizio della vagina, la cui parte superiore era rovesciata per aver dovuto seguire la discesa dell'utero, si allungò e formò un tumore più esteso all'esterno. L'altra porzione dell'utero, o sia il suo fondo si estendeva nell'ipogastrio proporzionatamente all'accrescimento del feto. Questa donna passò il tempo della sua gravidanza senz'altro incomodo, che una leucoflemmazia, che le sopraggiunse nel settimo mese, e che si dissipò spontaneamente stante un'abbondante flusso d'orina. Arrivata al momento del parto alla fine di nove mesi revoluti, risentì i dolori che annunziano un travaglio imminente. La porzione dell'utero fuori della vulva si offriva alla vista sotto la forma e il volume di un grosso melone ellissoide, e la sua superficie era rossa. L'utero era talmente serrato dalla vulva, che sembrava aver con essa contratto delle aderenze. L'orifizio esterno offriva un'apertura di circa un pollice di diametro. La sommità della testa del feto si presentava a quest'orifizio, i cui bordi erano così duri e callosi, che non fu possibile di dilatarli. Erano già più di venti ore che il travaglio era incominciato, e siccome non si poteva sperare

che il collo dell'utero si dilatasse a sufficienza da permettere il passaggio al feto, fu deciso di farvi un' incisione in ciascun lato, la quale ampliando abbastanza quest'apertura, vi si potè passare con una mano per andare a prendere i piedi del feto ed estrarlo, ma esso era morto. Nei tentativi, che furono fatti per estrarre la placenta, si strappò il cordone umbilicale, onde si fu obbligati di portare la mano nell'utero per staccarla, e fu estratta in più pezzi. Questo parto non fu seguito da alcun'accidente, e i lochi scolarono abbondantemente. Fu raccomandato alla puerpera di rimanere per lungo tempo a letto, e di fare uso delle fomente ammollienti, dei bagni di vapore a fine di procurare di ammollire l'utero, per potere poi farne la riduzione. Ma essa non volle sottomettersi a questa cura che per otto giorni, e tornò ai suoi ordinari lavori. L'utero ritornò nello stato, in cui si trovava prima della gravidanza, con questa differenza, che la porzione fuori della vulva era un poco più lunga e cilindrica. Questa donna godeva ancora di una buona salute all'età di cinquantatre anni, dieci anni dopo il suo parto, ed era sempre occupata nei lavori campestri.

Del rovesciamento dell'utero.

Si dice che l'utero è rovesciato allorchè la sua faccia interna diviene esterna, come quando si rovescia un sacco o una borsa. In questo stato la superficie che offre al tatto, è ricoperta dalla membrana mucosa, e la cavità che esso forma è tappezzata dal peritoneo. Prima del rovesciamento, questa cavità si apriva nella vagina, dopo, ella corrisponde alla cavità abdominale, di cui sembra essere un'appendice. Questo rovesciamento presenta tre gradi: il primo consiste in una semplice depressione del fondo dell'utero, che si affonda come fa la cucuzza di un cappello, che si deprime con una mano, o secondo l'espressione di Mauriceau, come il *culo di una boccia da medicina*. Il secondo grado si distingue col nome di rovesciamento incompleto, che ha luogo quando il fondo dell'utero s'impegna nel suo orifizio: nel terzo grado l'utero è intieramente rovesciato, riempie la vagina, o pende fra le coscie, e questo è il rovesciamento completo. Una sola parte dell'utero non può rovesciarsi, ed è quella, che rimane al di sotto dell'inserzione della vagina, o sia il muso di tinca, il quale, dopo il rovesciamento forma un cercinetto in generale poco prominente, che circonda come un'anello il peduncolo del tumore, formato dall'utero rovesciato. Si comprende facilmente che il rovesciamento non può divenire completo, che passando per tutti i gradi del rovesciamento incompleto; ma tutti i gradi di quest'ultimo non portano al rovesciamento completo.

Le cause del rovesciamento dell'utero si distinguono in predisponenti o remote, e in efficienti o prossime.

Nello stato di vacuità sembra impossibile che l' utero possa rovesciarsi, per ragione della solidità delle sue pareti, della durezza del suo collo e della resistenza del suo orifizio, specialmente nelle donne, che non hanno mai fatti figli. Ond'è che si riguardano come condizioni necessarie, perchè possa succedere il rovesciamento, la dilatazione dell'utero, lo assottigliamento, il rammollimento, e la atonia delle sue pareti. La gravidanza non è la sola cagione di questi cambiamenti dell'utero, che lo dispongono a rovesciarsi. Un polipo, dell' acqua, delle idatidi possono produrre lo stesso effetto, se nel tempo che quest' organo si sbarazza di questi corpi estranei, le sue pareti sono molli, e rilasciate, e se una forza qualunque tende a deprimerle d' alto in basso.

Lo sviluppo dell' utero, operato dal prodotto della concezione, o da un corpo estraneo, è sembrato una condizione così necessaria per il rovesciamento, che tutti gli autori hanno negata la possibilità di questo accidente nell' utero vuoto. Ciò nondimeno, vi sono stati alcuni non mancanti neppure d' istruzione, che hanno asserito di avere osservato talvolta il rovesciamento nelle ragazze o donne maritate, nelle quali l' utero era nello stato di perfetta vacuità, e sano; e Puzos ha scritto una memoria intorno questa specie di rovesciamento, che fu letta nella pubblica seduta dell'Accademia di chirurgia nel 1744; e la quale non si trova più al presente, e che sarebbe anche obliata, se il Mercurio francese del mese di settembre dell' istess' anno non ne avesse dato un'estratto. Dopo aver parlato del rovesciamento, che nasce dopo il parto, Puzos passa a ragionare, secondo il ci-

tato Mercurio, del rovesciamento dipendente da cause esterne, fino allora ignorate, le quali sono talmente indipendenti dal parto, che hanno prodotto l'istesso effetto anche nell'utero di ragazze, nelle quali non eravi verun sospetto di gravidanza, o di maritate che non avevano mai avuto figli, o che erano venti anni, che avevano partorito per l'ultima volta, e le quali non avevano mai accusato alcun incomodo, se non che verso l'epoca, in cui aveva in esse incominciato a operarsi il rovesciamento. Egli appoggia poi questa sua opinione a dei fatti, dei quali dice essere stato testimone, aggiungendo che il maggiore numero di questi rovesciamenti dipendenti da cause interne, non si erano dichiarati che all'età critica, e in donne molto pingui. I partigiani dell'opinione contraria a quella di Puzos, non rimasero persuasi delle ragioni addotte da quest'abile ostetrico, nei due fatti citati nella sua memoria. Essi non hanno revocato in dubbio questi fatti, nè gli altri di simil natura, che si trovano negli autori, ma gli hanno interpretati a loro modo, dicendo che può essere stato preso un polipo per un'utero rovesciato, e dove esisteva un vero rovesciamento, questo poteva essere nato dopo un parto clandestino. Baudelocque avendo osservato un rovesciamento dell' utero in una ragazza di quindici anni, lungi dall' adottare l'opinione di Puzos, lo riguardò come un vizio di conformazione di questo organo. Noi pure abbiamo creduto, che l'utero non possa rovesciarsi senza cause predisponenti e senza che siasi prima sviluppato fino al momento, in cui l'abbiamo trovato rovesciato in una donna, che da quindici anni non aveva fatto più figli, e senza che fosse contenuto alcun corpo estraneo nella cavità di questo viscere. Questa donna avea quarantaquattro o quarantacinque anni, era grande di statura, e assai grassa, ma non eccessivamente: era stata sempre ben regolata, ed aveva avuto tre figli. Non aveva mai sofferto perdite di sangue dall'utero, nè altri scoli per la vagina. Dopo avere provato per lungo tempo un senso d'inquietudine e di peso nel bacino, e delle stirature nella regione dei lombi, specialmente dopo avere camminato, od essere stata lungamente in piedi, si presentò all' orifizio della vagina un tumore, che essa sentiva benissimo col dito, ma per cui non volle consultare alcuno. Frattanto il tumore divenne sempre più apparente, uscì fuori dalla vagina, si presentò fra le grandi labbra, e finalmente le traversò. Allora i sintomi morbosi, che essa soffriva essendo divenuti più molesti, consultò due persone dell'arte, che presero la sua malattia per un polipo, di cui proposero l'allacciatura. Prima di risolversi a questa operazione volle sentire il parere di altri ancora, ed io pure fui consultato. Nell' esame che feci, vidi fra le grandi labbra un tumore, che le oltrepassava di circa otto o dieci linee. Questo tumore era più grosso dell' utero nel suo stato naturale; aveva una figura piriforme, il suo peduncolo grosso e corto era circondato da un cerchio carnoso poco prominente, sotto del quale il dito penetrava alla profondità di qualche linea; un grosso specillo bottonato, introdotto fra il cerchio e il peduncolo del tumore, non penetrava più in alto del dito. Questo tumore era un poco dolente al tatto, il suo colore era grigiastro, la sua superficie un poco ineguale e come villosa, e presentava in alcuni punti delle superficiali esulcerazioni, che guarivano e si riproducevano alternativamente. In ciascun periodo delle regole, si vedeva trasudare del sangue dalla superficie del tumore; le stille di sangue uscivano fuori isolate, ma tosto si riunivano insieme, e formavano come una nappa sanguigna, che copriva tutta questa superficie. Fuori del tempo delle regole, gemeva da questa stessa superficie un mucco giallastro molto abbondante. Quando si comprimeva questo tumore di basso in alto, rimontava al di là delle grandi labbra, ed anche nella vagina, e tornava fuori cessata la compressione. La riunione di tutti questi fenomeni, non lasciava alcun dubbio sulla natura di questo tumore, onde feci diversi tentativi per ridurlo, ma inutilmente. Disperando di poterne fare la riduzione, dissi alla malata che non vi era altro partito da prendere che di farne l'allacciatura, o di abbandonarlo alla natura. La donna si sarebbe volentieri assoggettata all'allacciatura, ma non osai praticarla per timore dei funesti accidenti, cui ha quasi sempre dato luogo, e la consigliai piuttosto a rimanere con questo suo incomodo tanto più, che ella go-

deva d'altronde una buona salute, e che non soffriva altri sconcerti che quelli, che abbiamo accennato.

Le Blanc, chirurgo a Orleans, osservò un rovesciamento di utero, accaduto in una perdita di sangue. Ecco il fatto. « Nel mese di gennaio 1734, dic' egli, fui cercato per visitare la moglie di Francesco Bauchet di *S. Denis en-Val*, la quale, mi dissero, che era in travaglio del parto, e che la testa del feto era venuta fuori, senza essere seguita dal tronco. Essendo giunto presso la medesima, mi raccontò che le sue regole si erano sospese da tre mesi indietro; che fino da quattr'ore soffriva dei forti dolori uterini, con abbondante perdita di sangue dall'utero, e che sotto una violenta doglia la testa del feto era venuta fuori, ma il tronco non poteva seguirla a cagione della grossezza delle spalle, e aggiunse poi che rimaneva sorpresa di fare un figlio così voluminoso a tre mesi di gravidanza. Nell'esplorarla, io mi accorsi subito che il corpo venuto fuori non era la testa di un feto, e credei che fosse l'utero rovesciato, e ne rimasi poi convinto quando, esaminando questo corpo col lume, non vi osservai l'orifizio dell'utero, come si vede nel prolasso di questo viscere, specialmente quando è accaduto di recente, come in questo caso. Il tumore era grosso quanto la testa di un feto di sette o otto mesi, e ne feci la riduzione secondo l'arte. Poscia visitai tutti i teli che erano stati messi sotto la malata per ricevere il sangue, onde assicurarmi se insieme con questo fluido fosse venuto fuori qualche corpo estraneo, ma non ci trovai che dei grumi di sangue solamente. Questa donna si è prontamente ristabilita, e in seguito ha fatto altri figli (1) ».

È inseguito di questa osservazione, comunicata da Le Blanc all'Accademia di chirurgia, che Sabatier ha avanzato nella sua Memoria sugli spostamenti dell'utero e della vagina, che le perdite di sangue possono produrre il rovesciamento dell'utero, non solo atteso che rilasciano il tessuto di questo viscere, ma ancora perchè sono accompagnate da fortissimi dolori, che determinano il diaframma ed i muscoli del bassoventre a contrarsi e ad agire colla più forte energia sul fondo di quest'organo. Ma è evidente che le perdite non possono produrre questi due effetti, a meno che il sangue non si accumuli nella cavità dell'utero, che vi soggiorni per lungo tempo, e che ne distenda le pareti, come accade nella donna, di cui parla Le Blanc. Da tutto ciò, che noi abbiamo detto intorno le cause predisponenti del rovesciamento dell'utero risulta, che quest'accidente non succede quasi mai che nelle donne, nelle quali l'utero si è sviluppato per la presenza del prodotto della concezione, o di un corpo estraneo qualunque, che per un tempo più, o meno lungo, ha soggiornato nella sua cavità; ma che per altro non è impossibile che l'utero si rovesci ancora, senza essere stato precedentemente dilatato; sebbene in questo caso, deve sicuramente esistere nella sua struttura una particolare disposizione, che ne favorisce il rovesciamento, dipenda poi questa disposizione dalla sua originaria conformazione, o da uno stato morboso, che non si è manifestato con alcun segno sensibile.

La causa efficiente la più ordinaria del rovesciamento dell'utero dopo del parto, è la cattiva maniera di estrarre la placenta, come quando si tira su di essa prima che sia staccata dall'utero, mentre essendo sovente allora questo viscere in uno stato d'inerzia, le sue pareti cedono facilmente alla trazione, esercitata sopra di loro, e vengono fuori dietro alla placenta; quando si tira sul cordone umbilicale, senza sostenerlo presso della sua inserzione nella placenta con due dita della mano sinistra, disposte in modo da rendere perpendicolare alla superficie della placenta, l'azione della potenza, che agisce sul cordone: quando, in vece di agire lentamente e con circospezione, si tira sul cordone con forza e a scosse. In tutti questi casi il rovesciamento dell'utero accade per colpa dell'ostetrico o della levatrice; ma succede talvolta nel tempo del parto, senza che la persona che assiste la donna vi abbia avuto alcuna parte e senza neppure che abbia potuto prevenirlo. Allora questo accidente dipende o dagli sforzi violenti e troppo prolungati, a cui si è abbandonata la donna

(1) *Comp. dell' oper. di chirur. T. I. p.* 359.

al momento della nascita del feto, nella speranza di sgravarsene più presto, o dalla brusca nascita del feto, o dall'essere il cordone umbilicale troppo corto naturalmente, o divenuto tale accidentalmente per essersi attorcigliato alle membra del feto. Queste cause agiscono tanto più efficacemente per rovesciare l'utero, quanto più le pareti di quest'organo sono in uno stato di rilasciamento e d'inerzia, e che la donna partorisce in piedi, o che ha sofferto altre volte questo stesso accidente; e lo stesso succede quando partorisce senza grandi dolori, e quasi in un solo sforzo, e che l'utero contiene ancora una gran quantità d'acqua negli ultimi tempi del travaglio.

Il rovesciamento completo dell'utero dopo il parto, succede ordinariamente nel tempo del travaglio, o immediatamente dopo: talvolta però non accade che parecchi giorni dopo del parto e dell'espulsione della placenta: ma è probabile che i rovesciamenti incompleti comparsi così tardi, abbiano esistito molto tempo innanzi incompletamente, e che abbiano incominciato a formarsi al momento della espulsione della placenta, o immediatamente dopo.

Un polipo sviluppato nella cavità dell'utero, nel distendere e indebolire le pareti di questo viscere, lo dispone al rovesciamento. In questo stato dell'utero, lo sforzo che caccia fuori il polipo dalla sua cavità e il peso proprio di questo tumore, allorchè non è più sostenuto dalle parti, che lo circondavano, come quando pende fra le coscie della malata, bastano per operare il rovesciamento, che accaderà ancora tanto più facilmente e completamente, quanto più grande sarà l'accennato sforzo, il polipo più voluminoso e pesante, e più vicino al fondo dell'utero il suo attacco: il polipo rovescia sempre l'utero, quando è attaccato al suo fondo, se viene fuori rapidamente, ma non fa che trascinarlo solamente seco lui, quando è attaccato nelle vicinanze del collo, anche internamente; ed in questo caso l'utero si prolassa, ma non può aver luogo il suo rovesciamento. Noi torneremo a parlare di questa specie di rovesciamento, trattando dei polipi uterini.

I segni e i sintomi del rovesciamento dell'utero, sono differenti secondo il grado di questa malattia. Per formarsi un'idea esatta di questi segni, è necessario rammentarsi che l'utero subito dopo il parto, resta molle per un'istante, e non può sentirsi con una mano applicata sull'ipogastrio; ma poco dopo si contrae, si riserra, indurisce, e forma nell'ipogastrio un tumore rotondo, solido, la cui superficie ora è regolare, ora ineguale, e che si sente benissimo colla mano a traverso le parti del basso ventre. Quando l'utero si rovescia, questo tumore soffre dei cambiamenti nella sua forma, nel suo volume, e anche sparisce affatto, secondo il grado del rovesciamento.

Quando avvi semplice depressione, il tumore formato dall'utero presenta verso l'ipogastrio una specie di cul di lampada, di cui la mano può giudicare la profondità, a meno che la donna non sia molto grassa o idropica. L'orlo di questo infossamento è orizzontale, o inclinato indietro, in avanti, a destra o a sinistra, secondo la parte delle pareti dell'utero, che si è depressa, e la direzione di questo viscere. Il dito indice introdotto nell'utero, incontra il suo fondo, o la sua parete depressa vicino al suo orifizio. Se la parte depressa non si solleva spontaneamente, allorchè è cessata l'azione delle cause deprimenti, e se le contrazioni del diaframma e dei muscoli abdominali continuano nel tempo che l'utero rimane nell'inerzia, la depressione di quest'organo si convertirà in un rovesciamento incompleto, e anche completo.

Nel rovesciamento incompleto, l'infossamento che si trova nella superficie peritoneale dell'utero, è più profondo, e la sua apertura, quantunque assai larga, sembra assai stretta; la mano non può più misurarne la profondità, nè penetrarvi dentro. Ma queste osservazioni non possono farsi che nelle donne magre, e che hanno fatto altri figli. Esplorando internamente la malata, si sente un tumore più, o meno voluminoso, emisferico, che sembra uscire fuori dell'utero, e che è circondato da un cerchio carnoso, più o meno grosso, che è formato dal collo di questo viscere; intanto che l'altra mano applicata al di sopra del pube, sente l'infossamento più, o meno profondo, accennato di sopra. Se la placenta è tuttora aderente all'utero, s'impegna in porzione della vagina, e sembra più dura dell'ordinario al tatto.

Quando l'utero è completamente rovesciato, non sempre traversa la vulva nell'istante, in cui succede il rovesciamento, specialmente allorchè si opera lentamente. Talvolta rimane nella vagina, ove si contrae, s'indurisce, vi prende una forma rotonda, e non tarda a divenire più voluminoso e più duro, atteso che il suo tessuto s'ingorga e diviene più grosso. Il tumore, che si sente col dito esplorando la donna, empie il bacino, e s'inalza abbastanza al di sopra del pube, per imporne alle persone poco attente, e far creder loro che non esista il rovesciamento. Ma, conforme abbiamo poco fa detto, il dito esploratore introdotto profondamente nella vagina, v'incontra un tumore, di cui percorre facilmente tutta la superficie, e che sembra quasi rotondo e senza peduncolo. La mano che palpa esternamente, non sente che le pareti del basso ventre, e se la donna è magra, può arrivare a sentire distintamente l'orifizio dell'utero.

Quando l'utero completamente rovesciato ha traversato la vulva, pende fra le coscie sotto la forma di un tumore, il cui volume, la cui figura e consistenza variano secondo che la placenta, che ha trascinato fuori questo viscere, vi è ancora aderente e costituisce una porzione del tumore, oppure se n'è staccata. Nel primo caso, il tumore ha un volume enorme, respettivamente a quello, che formerebbe il solo utero: è più grosso in basso e più stretto in alto, ed è ricoperto da una membrana liscia, sotto di cui serpeggiano moltissimi vasi sanguigni, la maggior parte dei quali è apparente. Questo tumore è molle in principio, ma ben presto indurisce un poco, perchè l'utero, che ne forma il nucleo, si contrae e diviene più solido. Il dito indice introdotto nella vagina distingue a pena intorno al peduncolo di questo tumore, un cerchio carnoso grosso alcune linee; ma la vagina gli serve come di fodero, se pure non si è anch'essa rovesciata. Nel secondo caso: cioè, quando il tumore è spogliato della placenta, è molto meno voluminoso, di un rosso scuro, di un tessuto piuttosto molle, e spongioso: il sangue geme da tutta la sua superficie; la membrana rossastra e porosa, che lo riveste, sembra riflettersi dal suo peduncolo sul cerchio carnoso poco rilevato, che lo circonda e sulla superficie della vagina. Questo tumore, che è più lungo, che rotondo, si allunga ancora a misura che trascina seco e rovescia la vagina; il suo peduncolo apparisce più grosso, ma meno solido, e sembra un cilindro membranoso. In quest'ultimo grado del rovesciamento dell'utero, la mano applicata sull'ipogastrio non vi sente alcun tumore, e può anche misurare la profondità del bacino; se le pareti del basso ventre si lasciano facilmente deprimere.

I sintomi e gli accidenti del rovesciamento dell'utero, variano secondo i differenti gradi della malattia, e le particolari circostanze, da cui è talvolta accompagnata. Qualunque sia il grado della malattia, se la placenta è rimasta intieramente adesa al tumore, non avvi emorragia; ma nasce subito appena che questa massa carnosa incomincia a staccarsi, ed aumenta sempre in proporzione del suo maggior distacco, e quando si è staccata tutta, il sangue si versa in copia dalla superficie dell'utero, e specialmente dal luogo, ov'era adesa la placenta. Questa emorragia, che è sempre abbondantissima nei primi momenti, quando l'utero è molle, rilasciato, nell'inerzia e insensibile al tatto, incomincia a diminuire dal momento, in cui questo viscere si contrae e indurisce, ma ciò nonostante continua sempre, e quantunque poco abbondante, diviene pericolosa se la donna è naturalmente debole, come lo sono ordinariamente quelle, nelle quali l'utero si rovescia.

La semplice depressione del fondo dell'utero, o di una delle sue pareti, non è dolorosa, e la malata non se n'accorge; ma nel rovesciamento incompleto sente dei dolori acuti agl'inguini, alle reni, un'incomodo peso nel bacino, della difficoltà d'orinare, e un tenesmo, che la forzano a fare dei violenti conati, che fanno rovesciare l'utero completamente. Nel terzo grado di questa malattia, i dolori sono più vivi, e se il rovesciamento accade bruscamente, divengono così atroci, e le stirature così grandi, che sembra alla donna che le strappino tutti i visceri del ventre, e che tutti vengano fuori. Soffre delle continue mancanze, seguite da sudori freddi, dalle convulsioni, dal delirio, e talvolta anche dalla morte, che si è vista accadere poche ore dopo del parto.

Quando l'utero completamente rovesciato non è stato subito ridotto, s'ingorga, s'infiamma, e anche talvolta si gangrena; má quasi sempre la gangrena è in questo caso superficiale e limitata alla sola membrana muccosa, e non si oppone costantemente alla guarigione. Questi accidenti sono specialmente da temersi, allorchè l'utero è stato lungamente maneggiato, contuso o strappato nei mal diretti e infruttuosi tentativi fatti per ridurlo; e anche quando questi tentativi sono riusciti, se la donna sopravvive alla riduzione, l'utero già leso può ingorgarsi, indurirsi, divenire scirroso e carcinomatoso; ma è raro che la malata sopravviva abbastanza per non essere la vittima, che di questi ultimi accidenti.

Gli accidenti primitivi, dei quali abbiamo parlato, non sono i soli, che possano dichiararsi al momento del rovesciamento dell'utero, o nelle prime ore. Un'ansa degl'intestini può intromettersi nella cavità del rovesciato fondo di questo viscere, e rimanervi strangolata, come è successo nei casi di rottura dell'utero, e dar luogo a dei nuovi accidenti, che sono stati riguardati finora come simpatici. I dolori intestinali, la tumefazione del ventre, le nausee, i vomiti, il singhiozzo, attribuiti comunemente al rovesciamento dell'utero, è probabile che in alcune donne non siano dipesi, che da questo strangolamento. Se la storia dall'arte ci somministra pochissimi esempi di questa specie d'ernia, ciò dipende, senza dubbio, dal non avere aperte tutte le donne morte per le primitive conseguenze del rovesciamento dell'utero. Io ne riporterò un esempio narratoci da Stalpart Van-der-Wiel (1). Una donna, il cui utero si era completamente rovesciato per causa delle manuvre d'un'ignorante levatrice, la quale tirò sul cordone umbilicale per estrarre la placenta, morì un'ora dopo di aver partorito. Il tumore era pendente fra le coscie, ed era grosso quanto la testa di un bambino; un'altra donna chiamata presso la partoriente, aveva staccata la placenta. Questo tumore essendo stato inciso nella sua parte inferiore, furono trovati gli intestini a nudo nella cavità formata dal fondo rovesciato dell'utero. Sembra che in questo caso la donna perisse d'emorragia, quantunque Van-der-Wiel non ne parli: ma si comprende che se essa fosse sopravvissuta ai primi accidenti del rovesciamento, la porzione intestinale intromessasi nella cavità del fondo dell'utero, poteva rimanerci strangolata, e dar luogo agli accidenti, che abbiamo accennati di sopra, o almeno opporsi alla riduzione dell'utero.

Allorchè il rovesciamento dell'utero non è stato conosciuto, o che non si è potuto ridurre, se la malata non soccombe agli accidenti primitivi, ecco ciò, che accade: l'utero diminuisce di volume a misura che si sgrava degli umori, come si osserva dopo un parto ordinario, ma più lentamente però che in questo ultimo caso, di modo che solamente in capo a cinque o sei mesi, e talvolta ancora più tardi, giunge a riprendere il volume di un'utero sano non rovesciato; qualche volta sembra anche più piccolo, quantunque perda del sangue incessantemente. Si trova allora sotto la forma di una pera, un poco più rotondeggiante nel suo corpo di un' utero vuoto nello stato naturale. Il suo collo, ugualmente meno appianato e un poco più corto, è circondato superiormente da un cerchio carnoso poco rilevato, sotto di cui il dito penetra alla profondità di qualche linea. Si prenderebbe per un polipo di mediocre grossezza, se non si sapesse tutto ciò, che è accaduto dopo il parto, e se uno si contentasse di un esame superficiale; e questo errore è stato commesso più di una volta, ed è stata fatta l'allacciatura del tumore. In alcune donne questa operazione è andata esente da gravi accidenti, ma nel maggior numero è convenuto toglier subito l'allacciatura, a fine di far cessare gli accidenti, che aveva prodotti, ed in alcune, in cui il laccio è stato tolto troppo tardi, ne sono perite. La maggior parte delle donne, nelle quali l'utero rovesciato nel parto non è stato ridotto, e che non soccombono agli accidenti primitivi, rimangono soggette a delle perdite abituali o di sangue, o di umori muccosi, che le indeboliscono e le conducono alla cachessia. Per altro se ne sono viste vivere

(1) *Cent. I. oss.* 67.

lungo tempo con questa malattia, godendo di altronde di una buona salute. Ma qualunque sia lo stato delle forze e di salute, che riprendono queste donne, esse sono inabili alla generazione, e non possono neppure sodisfare ai doveri coniugali, senza aggravare la loro deplorabile condizione, e affrettarsi la morte. Frattanto un' osservazione comunicata al celebre Baudelocque du Chevreul, medico a Angers, sembrerebbe provare che la concezione non è assolutamente impossibile in una donna, che porti l'utero rovesciato. Si tratta in questa osservazione di una donna di 28 anni la quale partorì felicemente un figlio sano, nel mese di ottobre del 1777. ma la levatrice, nel farla secondare le rovesciò l'utero, e non sapendo far altro, lo respinse nel bacino. Dieci mesi dopo questa donna, la quale non aveva sofferto che dei leggieri accidenti, sospettò di essere gravida, atteso che soffriva i soliti incomodi, che accompagnano i primi tempi della gravidanza. Al termine di tre mesi essa sentì nel basso ventre, e specialmente verso le reni dei leggieri dolori, che andarono gradatamente crescendo per cinque giorni, e quindi divenuti fortissimi, cacciarono fuori della vagina una massa carnosa considerabile, che un medico e un chirurgo, chiamati presso questa donna, videro che era l'utero rovesciato: per tre giorni continui essi ne tentarono la riduzione, ma invano, e non potendo ottenerla, si determinarono a respingere solamente il tumore nel bacino, come aveva già fatto la levatrice. Sei giorni dopo la malata, che non si credeva più gravida, abortì di un feto ben formato, lungo cinque pollici, che fu veduto ed esaminato appena espulso, dal chirurgo, che aveva già visitata questa donna. Chevreul credè per lungo tempo, che il tumore osservato in questa malata non fosse altro che un polipo e non l'utero, come avevano giudicato gli altri due suoi confratelli, ma esso rese loro giustizia nel 1781. dopo avere esaminato la donna, ed essersi assicurato che il rovesciamento dell'utero esisteva realmente, e che era completo.

La diagnosi del rovesciamento dell'utero, che succede nel parto, presenta raramente della difficoltà. Ciò nondimeno delle persone ignoranti o poco diligenti non l'hanno sovente conosciuto, ed hanno preso l'utero rovesciato, cui era adesa la placenta, per la testa di un secondo feto, rinchiuso nelle sue membrane; e quando la placenta n'era staccata, per una mola, o per un polipo. Si eviterà questo grossolano sbaglio, richiamando alla mente i segni propri del rovesciamento dell'utero, da noi già esposti, ed esaminando le cose colla più grande attenzione, prima di pronunziare il giudizio sulla natura del tumore. La diagnosi è un poco più difficile, quando il rovesciamento esiste da lungo tempo, e che l'utero ha sofferto dei cambiamenti, di cui abbiamo parlato di sopra. In questo stato della malattia, il rovesciamento è stato preso per un prolasso dell'utero, e più spesso per un polipo uscito dalla sua cavità. Un' uomo istruito non può però commettere questo sbaglio. La forma del tumore, l'apertura trasversa che si osserva nella sua estremità inferiore, dalla quale si vede scolar del sangue in ciascun periodo dei mestrui, se la donna è ancora regolata; i suoi rapporti col basso fondo della vescica, e la facilità colla quale si riduce, sono altrettante circostanze, che caratterizzano il prolasso dell'utero, e che lo fanno facilmente distinguere dal suo rovesciamento. È da notarsi ancora che gli accidenti risultanti dal prolasso dell'utero, sono meno gravi di quelli del suo rovesciamento.

Riguardo poi al polipo uterino, siccome rassomiglia all' utero rovesciato da lungo tempo tanto nella sua forma, che nel suo volume, consistenza, e per la sua poca sensibilità, è sovente difficilissimo di distinguerlo dal rovesciamento. Non vi è altro mezzo per non errare nella diagnosi, che di riflettere alle seguenti circostanze. Il peduncolo del polipo è generalmente più lungo e più sottile di quello dell'utero rovesciato; quest'ultimo è sempre più grosso, più corto, ed è circondato superiormente da un cerchio carnoso poco rilevato, sotto di cui il dito non penetra che a qualche linea di profondità. Il peduncolo del polipo discende dall'interno dell'utero, o dall'orlo del suo orifizio. Nel primo caso, il collo dell'utero gli serve come di guaina, e si può percorrere col dito tutta la sua circonferenza e sovente anche a molta pro-

fondità. Nell'altro caso, l'orifizio dell'utero è accanto al peduncolo del polipo, che nasce da un punto del suo orlo. Da qualunque luogo nasca il polipo, che pende nella vagina, l'utero è sempre al di sopra, e colla mano applicata sull'ipogastrio si sente facilmente, se la donna non è molto grassa; la cavità del bacino sembra vuota, al contrario, se il tumore che si trova nella vagina, è formato dall' utero rovesciato. La diagnosi del rovesciamento dell' utero, prodotto da un polipo, che si è sviluppato nella sua cavità, e che n'è uscito fuori, presenta talvolta molta difficoltà, come noi vedremo trattando dei polipi.

Il rovesciamento dell' utero è una malattia gravissima, ma non è essenzialmente mortale, e forse non è neppure così pericolosa come comunemente si crede. La maggior parte delle donne, nelle quali questo rovesciamento non è stato conosciuto, sono vissute per molti anni dopo, e molte hanno ancora goduto d' altronde di una buona salute. Altre donne, nelle quali si credè di avere ridotto l' utero, mentre non era stato che respinto nella vagina, non hanno sofferto altro accidente che una perdita di sangue di lunga durata, ma sovente poco abbondante dopo le prime ore. In generale il pericolo di questa malattia dipende meno dagli accidenti, che provengono essenzialmente dal rovesciamento dell' utero, che dagli sforzi infruttuosi, che si fanno per rimediarci. Molte donne sono morte nel tempo di questi sforzi, o più presto, o più tardi dopo la riduzione, ora assalite da lunghi e frequenti sincopi, che non potevano attribuirsi al sangue perduto, ora da convulsioni; alcune sono perite in conseguenza delle contusioni, degli strappi, dell'infiammazione e della gangrena dell'utero. Quanto questi accidenti, estranei in qualche modo al rovesciamento, non sono eglino più gravi di quelli, che resultano essenzialmente dallo stesso rovesciamento! Questi ultimi consistono in semplici dolori, stirature dolorose nell' ipogastrio, che si possono moderare sostenendo l' utero rovesciato, o respingendolo nel bacino, e nell' emorragia che non è pericolosa, a meno che l' utero non rimanga in uno stato di rilasciamento. Niuna di quelle donne, nelle quali Baudelocque ha visto accadere il rovesciamento, ha perduto più di due o tre bicchierini di sangue, mentre che altre in un tempo minore, ne hanno perduto molte libbre, senza che l' utero fosse depresso nè rovesciato.

Se si paragoni lo stato di quelle donne, presso le quali si fu spettatori inoperosi del rovesciamento dell'utero, o nelle quali quest'accidente non fu conosciuto, e abbandonato perciò alla natura, collo stato di quelle, nelle quali fu preso l'utero rovesciato per un polipo, per una mola, o per la testa di un secondo feto che si è tentato di strappare o di estrarre, e anche collo stato di quelle, in cui conosciuto il rovesciamento, si è inutilmente tentato di ridurlo, o pure se n'è operata la riduzione con molta forza, se si paragoni, io diceva, lo stato delle prime donne con quest'ultime, si vedrà che queste hanno corso sempre maggiori pericoli.

L'indicazione, che presenta il rovesciamento dell'utero, è di farne la riduzione; e vi si riesce tanto più facilmente, quanto più quest' accidente è accaduto di poco. E quindi è che è necessario di procedervi subito, a meno che non vi si opponga qualcuna delle circostanze, di cui parleremo in breve. Il modo di operare questa riduzione, varia secondo il grado del rovesciamento.

Quando avvi solo semplice depressione, è raro che si debba introdurre la mano nell' utero per rimediarvi, ma è quasi sempre sufficiente il far contrarre questo viscere per mezzo delle fregagioni; poichè a misura che si riserra, la depressione diminuisce, e finalmente sparisce, qualora però non si faccia alcun tentativo per estrarre la placenta. La riduzione della depressione si ottiene ancora dopo l' espulsione della placenta, e forse anche più sollecitamente, poichè il peso di questa massa carnosa non impedisce più all' utero di rialzarsi.

Ma quando la depressione in vece di sparire, aumenta, bisogna portare la mano nell' utero, per respingere in alto la parete depressa, e sostenercela per un momento, per timore che non si riabbassi. In questo caso, se la placenta è ancora aderente all' utero, si respinge insieme con esso e se ne differisce l' estrazione, finchè il richiedono le circostanze.

Nel rovesciamento incompleto, bisogna tosto accingersi a operare, respingendo

con una mano la parte rovesciata dell' utero, e con essa anche la placenta, se vi è tuttora aderente.

La riduzione non è così facile a ottenersi quando il rovesciamento è completo. Prima di procedervi alcuni autori consigliano di fasciare le dita con delle pezzette di morbida tela, a fine di non ledere l' utero negli sforzi e nei movimenti, che siamo obbligati di fare. Ma questa precauzione è inutile, e ci priva poi della maggior facilità che si ha a operare colle dita nude, e del vantaggio di sentire i progressi della riduzione. Ecco il modo di fare questa riduzione.

Si fa collocare la malata supina, colla testa bassa e sostenuta da un guanciale, e col bacino più sollevato del petto: se la placenta è ancora aderente all' utero, si stacca a fine di diminuire il volume delle parti da ridursi, onde possano essere più facilmente respinte in dentro; e s' incomincia dal respingere l' utero nella vagina; quindi si prende questo viscere colla mano destra disposta in modo, che la base del tumore corrisponda alla palma della mano, e che i diti siano distribuiti attorno del suo peduncolo, e si principia a ridurlo, agendo sulla porzione dell' utero più vicina al suo orifizio, che è stata l' ultima a rovesciarsi, nel modo stesso che si riducono l' ernie. Se con questo metodo non si riesce a operare la riduzione, si può usare il seguente, che è stato parecchie volte praticato con successo: si riuniscono le dita in forma di cono, si applicano sul centro del tumore, che si respinge in alto, finchè la porzione rovesciata dell' utero non ha ripassato il suo collo, e poscia si agisce come nella depressione. Sia qualunque il metodo, con cui si operi la riduzione dell' utero, l'altra mano dev' essere applicata sull' ipogastrio per fissare questo viscere, poichè senza di questa precauzione non si potrebbe arrivare a ridurlo, almeno senza pericolo della donna. Questa mano applicata al di sopra del pube, sostiene il collo dell' utero, a traverso di cui deve ripassare tutta la porzione rovesciata; modera gli sforzi, che fa la mano, che opera internamente sul punto, ove la vagina si unisce all' utero, e contribuisce quanto questa alla riduzione. Risituato l'utero al suo posto, la mano introdotta internamente deve mantenercelo per qualche momento, e sollecitare intanto la contrazione delle sue pareti, titillandole colle dita. Se queste pareti restano nell' inerzia, e sono quasi insensibili, si ricorre alle iniezioni e agli altri mezzi eccitanti, usati nei casi d' inerzia e di emorragia uterina. Si raccomanda alla malata di rimanere coricata supina, di tenere le natiche alquanto sollevate, e di fare di tempo in tempo delle fregagioni sul corpo dell' utero, che le s' insegna a conoscerlo, facendoglielo palpare. Le si proibisce di fare il minimo sforzo tanto nell' orinare, che nell' andare di corpo, onde non incorrere nella recidiva del rovesciamento, che si racconta essere talvolta accaduta, ma che è successa, probabilmente, perchè l'utero era stato ridotto incompletamente.

Quando non si è potuto ridurre l'utero nei primi momenti, o che gli accidenti sopraggiunti nel tempo dei tentativi della riduzione, ci hanno obbligato a desisterne, conviene sostenere il tumore con una conveniente fascia, e fare dei nuovi tentativi di tempo in tempo, ma con molta delicatezza, a fine di non aumentare le difficoltà o gli ostacoli, che si sono opposti al successo dei primi sforzi. Se il tumore è duro e dolente al tatto, bisogna aspettare che sia divenuto più molle, e meno sensibile, e che il collo dell' utero siasi anch'esso rilasciato. Questa dilazione, che è imperiosamente reclamata dalle circostanze, lungi di rendere più difficile la riduzione, la facilita molto, conforme ha dimostrato l' esperienza. Si sono veduti, infatti, dei rovesciamenti di utero, che non si sono potuti ridurre nei primi istanti e vi si è riusciti facilmente dopo alcuni giorni, essendosi allora dissipato l' ingorgo dell' utero, e rilasciato il suo collo.

Gli accidenti, che accompagnano il rovesciamento dell' utero, che non si è potuto ridurre subito dopo accaduto, sono talvolta così gravi e allarmanti, e la difficoltà della riduzione è così grande, che si è pensato che vi sarebbe forse minor pericolo a amputar questo viscere, che a fare dei nuovi sforzi per ridurlo, o a lasciarlo rovesciato. Parecchi autori hanno consigliato questa operazione, ma non è stata quasi praticata nel caso, di cui si tratta, che dalle levatrici, o da ostetrici ignoranti, che hanno estirpato o allacciato l' utero, credendolo un polipo. Per altro alcuni uomini istruiti l' hanno ese-

guita con cognizione di causa, ma il resultamento n' è stato quasi sempre funesto, di modo che al presente tutti i pratici sono di parere che non possa ammettersi l' amputazione o l' allacciatura dell' utero rovesciato nel parto. Noi stessi abbiamo avuto luogo di osservare le conseguenze funeste di un' allacciatura applicata sull' utero rovesciato in un parto, e che fu preso per un polipo.

Una donna di 24 anni, incinta per la prima volta, arriva al termine della sua gravidanza, e partorisce felicemente il 6 giugno 1824. La levatrice, che l' assiste, in vista di sollecitare l' espulsione della placenta, esercita imprudentemente delle forti trazioni sul cordone umbilicale, e rovescia completamente l' utero, che pende fra le coscie sotto la forma di un grosso tumore, a cui è adesa la placenta.

Un giovine medico è chiamato: esso non conosce la natura del tumore, e lo riguarda come un polipo, su cui crede che siasi impiantata la placenta; stacca questa massa carnosa, e allaccia il tumore, da cui scaturiva il sangue in copia. La costrizione del laccio mediante un serranodi, fa cessare l' emorragia, e il tumore è indi respinto nella vagina più in alto, che è possibile.

Questa allacciatura non cagionò nè vivi dolori, nè convulsioni, nè alcun' altro accidente ben rimarcabile, quantunque di tempo in tempo si stringesse di più. Il 24 giugno, cioè, 18 giorni dopo il parto, la malata è trasportata allo Spedale della Carità, ed è nel seguente stato: il serranodi oltrepassa le grandi labbra di circa un pollice e mezzo, e l'allacciatura è molto lente; il dito indice introdotto nella vagina, vi trova un tumore rotondo, assai molle, di cui può liberamente percorrere tutta la circonferenza, ma senza potere arrivare alla sua estremità superiore, e neppure al luogo, ov' è situata l'allacciatura, il ventre è molle, e quasi indolente alla pressione; la regione ipogastrica si lascia facilmente deprimere senza dolore, e non vi si riscontra alcun tumore; il polso è piccolo, e frequente; il viso è alterato e di un color giallo rimarcabile.

L' allacciatura cadde il primo agosto, 26 giorni dopo l'operazione, e sette giorni dopo entrata la malata allo spedale. Il giorno appresso il tumore venne fuori spontaneamente dalla vagina.

Il diligente esame di questo tumore, la cui forma era globulosa, fece conoscere nella sua superficie gli orifizi dei seni uterini, e le traccie dell' inserzione della placenta. Si vedeva alla sua parte superiore una recente cicatrice rugosa, evidentemente dovuta all' infiammazione adesiva del peritoneo, determinata dall' allacciatura. Nel distruggere questa cicatrice, si penetrò in una piccola cavità, tappezzata da una membrana sierosa. Tutte queste circostanze congiunte alla struttura fibrosa del tumore, alla disposizione delle fibre a strati, alla considerabil dilatazione dei numerosi vasi, che entravano nella sua composizione, non mi permessero di dubitare che egli non fosse una porzione d' utero rovesciato.

Dopo l' uscita di questo tumore, il dito esploratore ne scopriva un' altro nella vagina; ma questi era assai più piccolo del primo, ed aveva una figura quasi piramidale. Si distingueva sulla parte media della sua base un leggiero infossamento rotondo, e leggermente corrugato. La sua sommità era circondata da un cerchio carnoso, sotto di cui il dito poteva penetrare a qualche linea di profondità. Io tenni per certo esser formato questo secondo tumore dalla porzione rovesciata dell' utero, compresa fra il suo orifizio e l' allacciatura.

La malata risentì un ben essere rimarcabile dopo la caduta del primo tumore: le si risvegliò l' appetito, e domandò da mangiare; ciò nondimeno il viso conservava la sua alterazione e il color giallo, di cui ho parlato di sopra.

Il 4 agosto a mezzo giorno, brivido di due ore, seguìto da calore e da un sudore abbondante; remissione verso la sera; ma a 10 ore, nuovo accesso febbrile, che si prolunga molto nella notte.

Il 5 due nuovi accessi di febbre: regione ipogastrica dolente, specialmente a destra; vomito di materie giallastre amare, cambiamento di voce, respirazione sospirosa.

Il 6 i vomiti continuano; due accessi di febbre, come il giorno antecedente; dolore alle fauci; deglutizione difficile.

Il 7 stesso stato; leggiera remissione: la malata vuol essere trasportata a casa sua, ove la faccio visitare una volta il giorno da un mio allievo assai istruito.

Nei giorni successivi, la febbre, di re-

mittente che era, diviene continua: la fisonomia della malata si altera sempre più; le sue forze diminuiscono rapidamente, e muore il 12 agosto.

Io avrei voluto far la sezione da per me stesso del cadavere di questa donna, ma le mie occupazioni non avendomelo permesso, ne incaricai due dei miei allievi interni, molto capaci. Alcune difficoltà che essi incontrarono nella sezione, non permettendo loro di esaminare in dettaglio lo stato dei visceri abdominali, ne staccarono le parti genitali e me le portarono. L' esaminai alla presenza dei professori Desormeaux, e Deneux e di un gran numero di scolari; ed ecco ciò che osservammo, dopo avere squarciata la vagina anteriormente in tutta la sua lunghezza: il tumore, che si sentiva in questo canale subito dopo la caduta della porzione allacciata dell' utero, era quasi intieramente scomparso; la piccola porzione, che ne rimaneva, era circondata da un cerchio carnoso contiguo, e formava insieme con essa nella parte superiore della vagina una specie di volta, in mezzo a cui vedevasi una cicatrice depressa e sottilissima, che separava la cavità dell' abdome da quella della vagina. Dalla parte del basso ventre, la rimanente porzione dell' utero formava una specie d' imbuto profondo, in cui s'internavano i ligamenti larghi e le trombe di Fallopio; le ovaie tendevano verso questa cavità, ma non vi erano impegnate, e ondeggiavano sulle parti laterali. Il fondo di questo imbuto era separato dalla cavità della vagina da un sottilissimo tramezzo, come abbiamo poco fa detto. Da tutto questo risulta chiaramente, che una gran parte del fondo rovesciato n'era rimasta separata dall' allacciatura, la quale ha fatto perire la malata.

Allorchè, conforme abbiamo già detto, si è fatto inutilmente quanto suggerisce l' arte per ridurre l' utero rovesciato, bisogna allora procurare di renderne meno gravi e pericolosi gli accidenti, e di ritardare i progressi del giornaliero deperimento della malata, cagionato dalle frequenti, o abituali emorragie, le quali la conducono quasi sempre o più presto, o più tardi alla tomba. Ma ciò che non ha potuto far l' arte in questi casi, l' ha operato talvolta la natura, ristabilendo l' utero nel suo naturale stato. Questa riduzione spontanea dell' utero completamente rovesciato è stata riguardata in addietro come impossibile, ma al presente questa possibilità non può più esser revocata in dubbio, poichè è attestata da due fatti, uno dei quali è stato osservato da la Barre, chirurgo al borgo di Beuzeville, in Normandia, e l' altro dal professore Baudelocque.

Il chirurgo La Barre essendosi ritirato in una camera vicina a quella, ove partoriva la sua moglie, appena che sentì i primi pianti del neonato figlio, e i lamenti della genitrice, che egli credeva sgravata anche della seconda, ritornò presso di lei. La levatrice aveva completamente rovesciato l' utero, nel volere estrarre la placenta, e credendo che il tumore venuto fuori fosse un falso germe, si sforzava di strapparlo, facendosi aiutare da un' altra levatrice ugualmente ignorante. Barre conobbe l' accidente, ma non osò tentare di rimediarvi. Avendo staccata la placenta dall' utero, ov'era ancora adesa, egli esigè da una di quelle due donne che facesse la riduzione dell' utero, dopo averlo fomentato con un poco di vino caldo; ma questa riduzione fu sicuramente incompleta, poichè l'utero si presentava continuamente alla vulva, e intercettava il passaggio dell'orine, che per dieci o dodici giorni convenne evacuare per mezzo della siringa. Barre, in vece di tentare di risituare l' utero completamente, appena che si accorse che non era stato ben ridotto, si contentò di fare delle iniezioni ammollienti e rilassanti per ammollirne il collo, e non tentò che molto tempo dopo di farne la riduzione. Ma tutti i suoi sforzi furono inutili: intanto lo stato della sua moglie andava peggiorando di giorno in giorno, a causa dell' emorragia continua che soffriva, ed egli era ben lungi dallo sperarne la guarigione, allorchè in capo a sei mesi, un fortunato accidente insorse a operarla. La malata volendo scendere il letto per prendere un clistere, fece uno sforzo, e cadde per terra. In questo istante essa sentì nel ventre un movimento straordinario, accompagnato da un vivissimo dolore, da perdita di sangue più abbondante, e da mancanze. Essendo stata rimessa a letto, La Barre si accorse nel riscontrarla che la riduzione nell' utero, da lui tentata tante volte invano, si era

operata da se. Non esisteva più il tumore nella vagina, il collo dell' utero era libero, e questo chirurgo potè introdurvi il dito profondamente. La sua moglie, già rifinita di forze, soffrì dei nuovi accidenti, che ritardarono o prolungarono la sua convalescenza; ma fu creduto che dipendessero dalla sua debolezza, e da un resto di latte. Ella si ristabilì però perfettamente in seguito. Questa osservazione fu comunicata dallo stesso de La Barre all' Accademia di chirurgia. Nessuno dei suoi membri volle credervi, e Baudelocque che era stato incaricato di esaminare questo fatto, lo reputò falso; ed è probabile che questo celebre ostetrico avrebbe persistito in questa sua opinione, senza l' occasione che egli ebbe alcuni anni dopo, di osservare un fatto della stessa specie, e più straordinario ancora, che io vado a narrare.

La sig. Boucharlatte si sgravò del suo primo figlio ai primi di gennaio del 1782 nella città del Capo francese, dove abitava fino dalla sua nascita. Il parto fu naturale, ma la seconda non venendo fuori, il suo medico introdusse la mano nell' utero per estrarla. Nell' istante che uscì fuori la placenta, la partoriente si lagnò di sentirsi strappare i visceri del bassoventre, e sentì poco dopo fra le coscie una massa molto voluminosa, che fu respinta nella vagina. Perdè molto sangue, cadde più volte in sincope; e si trovò talmente indebolita, che l'ostetrico temendo che non morisse fra le sue mani, non osò più esplorar l' utero, che egli aveva respinto solamente nel bacino. Esso pensò che fosse meglio aspettare il ritorno delle forze per tentarne la riduzione, ma queste ritornarono così lentamente, che fu creduto oramai inutile di occuparsi di questa riduzione.

Nei primi anni il tumore si presentava alla vulva ogni volta che la malata faceva degli sforzi per andar di corpo; e qualche volta n' usciva fuori: la malata lo respingeva dopo averne osservato il volume e la forma; oppure chiamava l'ostetrico per ridurlo. Il tumore in quei primi tempi era della grossezza di un pugno, e di una figura conica. In seguito scemò di volume, essendo divenuto grosso come un' uovo di gallina, ed usciva fuori più raramente.

Erano scorsi otto anni, da che la Boucharlatte si trovava in questo stato, quando si risolse di venire in Francia; e dopo avere consultato tanto a Bordò che a Parigi diverse persone dell' arte, le quali non furono d' accordo sulla natura del tumore, ricorse finalmente al celebre Baudelocque. Questo professore nell'esaminare la malata, trovò nella vagina un tumore grosso e press' a poco lungo quanto un'uovo di gallina di mezzana grossezza; esso sembrava uscir fuori dal collo dell'utero, che era molto aperto, e ne abbracciava il peduncolo mollemente in maniera, che si poteva percorrerlo intorno col dito, misurare la profondità della cavità che lo racchiudeva, e assicurarsi parimente che la membrana esterna dell' uno, si ripiegava sulla faccia interna dell' altro.

La malata essendo magrissima, Baudelocque potè assicurarsi palpando la regione ipogastrica, che il bacino non conteneva niente, che somigliasse al corpo dell' utero, e che il tumore, che percorreva il dito introdotto nella vagina, era l' utero stesso.

Fissando questo tumore colla mano applicata esternamente nel tempo, che con due dita dell' altra ne respingeva la base, come per ridurlo, Baudelocque si accorse che esso perdeva almeno la metà della sua lunghezza, e che aumentava d' altrettanto la profondità della guaina, che il collo dell' utero formava attorno del peduncolo; o per meglio dire, che il fondo di quest'utero rovesciato si lasciava respingere fino al livello del bordo dell' orifizio esterno, e che la riduzione si operava a metà, ma che le parti ritornavano al loro antico stato subito che cessava la pressione esercitata sulla base di questo tumore. La debolezza della malata, e il dolore che sentiva nel tempo di questi tentativi, non permessero di continuarli; ma Baudelocque si decise a ricominciarli qualche giorno dopo, sebbene non osasse lusingarsi di un miglior successo essendo allora ben persuaso che non fosse probabile l' ottenerlo.

La vigilia del giorno fissato per tentarne di nuovo la riduzione, alcuni amici della Boucharlatte vollero, per distrarla, farla passeggiare per la camera, e siccome ella vi si opponeva, le sue mani scivolarono fra quelle che tentavano di strapparla dalla sua sedia, e cadde a terra bruscamente per l'indietro. Ella sentì un

movimento straordinario e un dolore acuto nel ventre, e per un momento perdè la cognizione; fu messa a letto, e fu subito chiamato Baudelocque, il quale non trovò più il tumore, che aveva così ben sentito tre giorni innanzi nella vagina. La stessa malata aveva pure osservato che era sparito. Il collo dell'utero era tuttora aperto abbastanza in tutta la sua lunghezza, da permettere d'introdurvi un dito profondamente, e di esplorare la cavità uterina. Il muso di tinca era lungo quattro o sei linee nella sua parte anteriore, e un poco meno indietro, ed esisteva qualche mangiatura nella sua parte sinistra. La regione ipogastrica era un poco tumida, tesa e dolente. Per la prima volta dopo ott'anni questa malata era stata parecchie ore senza perdere una sola goccia di sangue. Tre giorni dopo questa spontanea riduzione, il collo dell'utero era nello stato ordinario, e l'orifizio si era richiuso, nè permetteva più l'introduzione del dito; il sangue non ricomparve che dieci giorni dopo questo fortunato avvenimento, e cessò di scolare in capo a quattro o cinque giorni, e questa evacuazione riprese il suo periodico corso.

La Boucharlatte, la quale quando arrivò a Parigi era magra, e in uno stato di consunzione, avendo un colore pallido e livido, riacquistò la sua freschezza, la sua forza e ingrassò. Essendo nell'età di 28 anni, e vedova da molto tempo, essa ritornò al Capo, ove si rimaritò, divenne incinta, e partorì felicemente all'ordinario termine. Morì poi un'anno dopo, di una malattia acuta.

Questo fatto sembra così straordinario, che se fosse stato osservato da un'uomo meno istruito o men veridico di Baudelocque, si sarebbe tentati di dubitare della sua realtà, come questo professore aveva dubitato della verità del caso osservato dal chirurgho di Beuzeville. Non è egli questo il caso di dire, che il vero può talvolta non essere verosimile? Del resto la possibilità della riduzione dell'utero rovesciato da lungo tempo, confermata dalle due osservazioni, che abbiamo riportate, è una ragione di più per rigettare l'allacciatura, e l'estirpazione di questo viscere.

Sarebbe difficile, o piuttosto impossibile di spiegare in un modo soddisfacente il meccanismo, con cui l'utero rovesciato da lungo tempo, può ristabilirsi spontaneamente nel suo naturale stato. Ma qualunque egli sia questo meccanismo, per secondarlo e per prevenire altri accidenti, si deve sostenere l'utero per mezzo di un pessario, passati i primi tempi, cioè allorchè il suo tessuto non è più ingorgato, e non si deve rinunziare all'uso di questo strumento se non quando divenga manifestamente nocivo, come nel caso, in cui l'utero è divenuto scirroso o carcinomatoso; ciò, che accade ben raramente in conseguenza del suo rovesciamento, se non vi si aggiungono delle cause estranee a questa malattia. Il pessario mantiene l'utero nel bacino, l'impedisce di uscir fuori dalla vulva, e di soffrire delle confricazioni fra le parti della donna o fra le cosce, ed è ancora il mezzo il più proprio per impedire le conseguenze tardive, ma pericolose del rovesciamento. La malata deve stare a letto; deve guardarsi dal fare degli sforzi per orinare, o per andar del corpo, e il chirurgo deve tentare la riduzione dell'utero di tempo in tempo, quantunque sembri poco fondata la speranza di ottenerla.

Della retroversione dell'utero.

È stato dato il nome di retroversione a un cambiamento di direzione dell'utero, nel quale il suo asse verticale è divenuto parallelo al diametro antero-posteriore del bacino, in modo che il suo fondo riguarda la concavità del sacro, il suo collo il pube. Questo cambiamento di direzione dell'utero non è stato ben conosciuto prima della metà del secolo passato. È stato osservato prima in Francia da Gregoire, professore di Ostetricia a Parigi, il quale ne parlava nei suoi corsi, e ne citava un'esempio; poi in Inghilterra da Walter Wall, chirurgo a Londra, il quale ne aveva acquistato la cognizione alle lezioni di Gregoire, e che presentò l'occasione al celebre Guglielmo Hunter di osservarlo per la prima volta in un caso, che noi crediamo dover qui riportare non solo perchè è il primo, che sia stato pubblicato, ma ancora perchè è molto proprio a somministrare dei lumi intorno questa specie di spostamento dell'utero.

Una giovine donna di Londra essendo press'a poco nel quarto mese della sua gravidanza, ebbe una paura, per cui soffrì grave disturbo nella macchina. Essa non potè in appresso rendere i suoi escre-

menti e l'orine senza una gran difficoltà: questo suo incomodo crebbe, e ne nacque la completa ritenzione dell'orina e delle feccie. Dopo sette giorni di questa ritenzione fu chiamato Walter Wall, il quale siringò la donna, ed ottenne circa a tre boccali d'orina, tentò poscia di darle un clistere, ma poco fluido penetrò nel retto. La sera la siringò di nuovo, e uscì più di un boccale d'orina sanguinolenta. A fine di scoprire la causa di questi accidenti, Walter Wall introdusse il dito nella vagina, e vi trovò un grosso tumore, che comprimeva questo canale contro il pube in modo, che non potè arrivare a sentire l'orifizio dell' utero. Introdusse poscia il dito nel retto, e sentì lo stesso tumore, che comprimeva questo intestino contro il coccige. Queste circostanze richiamarono alla mente di questo chirurgo un'esempio di retroversione dell' utero, che Gregoire citava nelle sue lezioni. Esso tentò invano di risituare l'utero, e pregò Guglielmo Hunter di venire a vedere questa donna, la quale era molto debole. Hunter avendo portato il dito nella vagina, un poco da parte, allontanò il tumore dal pube, è procurò l'uscita di una gran quantità d'orina. Dopo avere fatto appoggiare la malata sulle ginocchia e su i cubiti, egli tentò di respingere in alto il corpo dell'utero, mediante due dita introdotte nel retto, e di tirarne in basso il collo colle dita dell'altra mano portate nella vagina. Questi reiterati tentativi furono infruttuosi, e la donna morì il giorno dopo. Hunter fece l' apertura del suo corpo. La vescica eccessivamente ripiena d' orina, occupava quasi tutta la regione anteriore dell'abdome, ed essendo stata aperta, il suo collo parve sollevato al disopra del pube da un grosso tumore rotondo, che era l' utero retroverso in modo, che il collo di questo viscere formava la sommità del tumore, ed era appoggiato sul bordo superiore del pube, e il suo corpo e fondo erano voltati indietro e in basso verso l'ano. L'utero in questo stato era aumentato di volume, e si era inchiodato nel bacino così fortemente, che per tirarlo fuori, bisognò tagliare la sinfisi del pube. La testa del feto era situata in basso verso il fondo dell'utero. In un caso così grave, in cui la riduzione dell'utero è impossibile con i mezzi ordinarj, non converrebbe egli piuttosto, dice l'Hunter, far la punzione di questo viscere o per la vagina, o per la via del retto, a fine di diminuire il suo volume, procurando l'evacuazione dell'acque dell'amnio, e per facilitar così la sua riduzione? Bisognerebbe però praticare questa operazione prima che la donna avesse perduto le sue forze. (Medical observ. and inquir. vol. 4, p. 401. 406.) Altri esempi di retroversione dell' utero nel tempo della gravidanza, sono citati nella stessa opera (vol. 5. p. 104. 378. 381. 388). Dopo la pubblicazione delle osservazioni dell' Hunter su questo spostamento dell'utero, che esso ha chiamato *retroversione*, molti pratici Inglesi, Tedeschi, e Francesi, ne hanno raccolte molte altre; ma questi fatti isolati non avevano fissato l' attenzione dei chirurghi in un modo speciale prima di Desgranges, chirurgo graduato del Collegio di Lione, il quale gli riunì a molti altri somministratigli dalla sua pratica, e ne formò un corpo di dottrina. Deve assai rincrescere che la sua memoria sulla retroversione e antiversione dell'utero, coronata nel 1785 dall'Accademia di Chirurgia, non sia stata stampata, e che non sia stata trovata negli archivi di questa illustre Accademia, dopo la sua soppressione.

La retroversione dell'utero non accade quasi mai nello stato di vacuità di quest'organo, ma bensì nei primi tre o quattro mesi della gravidanza. Dopo quest'epoca il volume dell'utero è generalmente tale, che la retroversione sembra impossibile, poichè la lunghezza di questo viscere sorpassa allora nel maggior numero delle donne la larghezza del bacino presa dal pube al sacro.

La retroversione dell'utero può succedere lentamente, o repentinamente. Nel primo caso il corso graduato dei sintomi annunzia i progressi di questo cambiamento di situazione, che aumenta di giorno in giorno, o di settimana in settimana, e giunge insensibilmente al suo più alto punto. Nel secondo, la retroversione diviene completa in meno di un'ora, o sovente in un'istante.

Si osserva più particolarmente la retroversione dell' utero nelle donne, che hanno assai ampia la cavità della piccola pelvi, nel tempo che lo stretto superiore è meno spazioso dell' ordinario. Si può dunque riguardare questa disposizione del

bacino come una causa predisponente della retroversione. La pressione degl' intestini sul fondo dell'utero e sulla sua faccia anteriore, n'è la causa efficiente. Se questa pressione è leggiera, ma continua, la retroversione si opera lentamente e per gradi; ma succederà istantaneamente se la pressione dei visceri abdominali su questo organo, è la conseguenza di una violenta impulsione data dal diaframma, e dai muscoli del basso ventre, o da agenti esterni. In virtù di questa causa è accaduto che l'utero si è rovesciato indietro nei violenti sforzi di vomito, o per andar di corpo, e anche per orinare: spesso la retroversione è ancora avvenuta per una caduta, o per una percossa o una forte compressione sul basso ventre.

Gli accidenti, che accompagnano la retroversione dell' utero sono più, o meno gravi secondo il volume di questo viscere, e il grado della stessa retroversione. Allorchè accade nei primi mesi della gravidanza, e lentamente, la donna non soffre in principio che un' incomodo peso infondo al bacino, delle dolorose stirature agl' inguini, alle coscie e ai lombi, e un frequente stimolo di orinare e di andar di corpo. Questi sintomi si aumentano e si aggravano in proporzione degli sforzi, che fa la malata per superare l'ostacolo che si oppone al libero esito delle orine e delle feccie. Se il getto delle orine si stabilisce con difficoltà, si sostiene difficilmente, ed è sovente interrotto. In questo primo grado della retroversione, e in un' epoca della gravidanza, in cui l'utero è poco voluminoso, sarebbe facile di ristabilirlo nella sua natural situazione, e di dissipare gli accidenti; ma se questo viscere rimane retroverso, siccome continua a svilupparsi malgrado questo cambiamento di direzione, e che ogni giorno ha bisogno di un maggiore spazio, ben presto giunge a comprimere più fortemente il collo della vescica ed il retto, e resta intieramente impedito il passaggio dell' orina e delle materie fecali anche delle più liquide. Può accadere in simil circostanza, che la siringa non possa penetrare nella vescica, e che sia ugualmente impossibile di amministrare dei lavativi.

Gli accidenti non arrivano che per gradi a questo ultimo punto, allorchè la retroversione è successa in principio della gravidanza, e che si opera lentamente; ma quando accade repentinamente ed è completa nel corso del terzo o del quarto mese della gravidanza, questi accidenti giungono all' ultimo grado in brevissimo tempo. L' utero di già inchiodato nel bacino, vi s' inchioda ancora più fortemente quando gli accidenti sono giunti a questo grado, se non si riduce prontamente. In fatti, questo viscere continuando a svilupparsi per dar luogo al prodotto della concezione, che sempre cresce, e non potendo farlo nell' ordine, con cui si opera questo sviluppo nello stato naturale della sua posizione, si estende verso i punti, che gli offrono minor resistenza. Ma questa non è la sola causa dell' aumento del volume dell' utero, poichè egli si tumefà ancora in forza dell' infiammazione, che vi nasce in questa circostanza, e la quale dà luogo a nuovi accidenti.

La ritenzione d' orina e la costipazione, che in principio sono gli effetti della retroversione, divengono inseguito altrettante cause, che concorrono insieme colle altre ad aumentare questa morbosa situazione dell' utero, e che ne rendono più difficile la riduzione. La vescica, eccessivamente distesa dall' orina, non può sollevarsi nel basso ventre, senza trascinar seco il collo dell' utero, e senza agire per altra parte sul corpo di questo viscere di già rovesciato verso il sacro, per lo meno con una forza uguale al peso dell' orina, che essa contiene, e che può arrivare a dieci o dodici libbre e più in certi casi. Le materie stercorali ritenute e accumulate nella parte più alta del retto al di sopra del suo punto compresso dall' utero, agiscono nel modo stesso della vescica orinaria, e spingono l' utero più che mai in basso. A tutto questo deve ancora aggiungersi l' impulsione, che queste materie ricevono ad ogni momento dall' azione intestinale, e gli sforzi, sovente involontari, che fa la donna per orinare, e per andar di corpo.

Gli accidenti, di cui abbiamo parlato, sono la necessaria conseguenza della retroversione dell' utero: ma frattanto non sono sufficienti per stabilire la diagnosi in un modo positivo, perchè sono comuni ad altre specie di spostamenti di situazione dell' utero, e possono poi dipendere tutti da altre cause. Per mezzo del solo riscontro col tatto si può arrivare a conoscere sicuramente la retroversione, e il

suo grado. In questo caso il dito indice introdotto nella vagina, incontra a poca distanza dal suo orifizio un corpo assai solido e rotondo, che è l' utero, che offre al dito esploratore la sua faccia posteriore ricoperta dalla parete posteriore della vagina, la quale è applicata contro l'anteriore. Se si cerca di far penetrare il dito fra questo tumore e la parete anteriore della vagina, a qualunque profondità si spinga, non si arriva ordinariamente a sentire l' orifizio dell' utero, o tutt' al più si perviene a toccare il suo labbro posteriore più o meno in alto dietro il pube. Se s' introduce il dito nel retto, s' incontra ad una certa distanza dall' ano, un tumore formato dal fondo dell' utero, che è appoggiato contro il sacro. Esaminando le parti esterne della generazione, il più di sovente non si scorge il meato orinario, che la retrazione del collo della vescica e dell' uretra ha fatto rimontare nella vagina dietro l' arcata del pube, e non si giunge a scoprirlo che dopo avere respinto in alto la pelle del penile. Le grandi labbra sono gonfie, e talvolta dolentissime. In generale si giudica del grado della retroversione dell'utero dall' altezza, a cui è situato l' orifizio di questo viscere, e dalla maggiore, o minor difficoltà, che s' incontra per arrivarlo. Ma questo segno non è sempre sicuro, poichè l' orifizio dell' utero è talvolta accessibilissimo al dito, quantunque la retroversione sia giunta al suo massimo grado; e ciò dipende dal collo dell'utero, che è curvato allora come un becco di civetta.

Il pronostico della retroversione dell' utero è sempre pericoloso; ma lo è più, o meno secondo il volume di quest' organo, il grado della retroversione, il tempo che è accaduta, e l' inchiodamento più o meno forte di questo stesso organo fra le ossa del bacino. Quando la retroversione è giunta al grado d' intercettare completamente il corso dell' orine e delle feccie, se non ci si rimedia prontamente, l' utero s' infiamma insieme col retto, colla vescica, ec., e la malata perisce in capo a sette, o otto giorni. Si è trovata talvolta la vescica gangrenata in qualche punto e scoppiata, e l'orina sparsa nel basso ventre.

La cura della retroversione consiste nel riporre l' utero nella sua natural situazione, e a mantenervelo. La riduzione presenta poche difficoltà, quando la retroversione è recente, e che l' utero è poco voluminoso; ma ne offre ben delle grandi, e talvolta anche insormontabili, allorchè la retroversione è accaduta da qualche settimana, o anche da qualche giorno solamente, specialmente se l'utero è molto voluminoso, strettamente inchiodato, e come strangolato fra le ossa del bacino. Quantunque la cura della retroversione dell'utero consista essenzialmente a riporre in sito questo viscere, cionondimeno gli accidenti, che provengono dalla retroversione medesima, offrono talvolta delle indicazioni più pressanti, ed esigono dei soccorsi, che ne preparano o ne facilitano la riduzione, e senza di cui non potrebbe in certi casi ottenersi.

In questa sorta di casi si comincerà dall' evacuare le orine, se sia possibile, o insinuando un dito lungo e accanto la sinfisi del pube, per allontanare convenientemente il collo dell' utero da quello della vescica, e dall' uretra, o introducendo una siringa in vescica. A fine di riuscire in quest' ultima operazione, si è talvolta obbligati di tirare la pelle del penile verso l' umbilico, onde mettere in evidenza il meato orinario, che è rimontato nella vagina, dietro la sinfisi del pube. Se il cambiamento della direzione, che l' uretra ha sofferto, rende impossibile l' introduzione di una siringa da donna, ci serviremo di una siringa curva da uomini. Si procurerà pure l' evacuazione delle feccie, se i clisteri possono penetrare nel retto ad ammollire quelle, che sono accumulate e indurite nella parte più alta di questo intestino al disopra del suo punto, compresso dal fondo dell' utero. Si ricorrerà al salasso, replicandolo tutte le volte che lo stato inflammatorio delle parti lo richiederà; si prescriveranno le fomente e i bagni, e non si procederà alla riduzione prima di averla per tali mezzi facilitata, poichè è accaduto talvolta che la riduzione, che sembrava impossibile avanti di avere usati questi soccorsi, si è potuta operare facilmente, e quasi spontaneamente dopo averli praticati.

Per restituire l' utero alla natural situazione quando è retroverso, bisogna sollevarne il fondo, e abbassarne il collo, e per riuscire in questa operazione con-

viene dare alla donna una posizione, in cui i visceri abdominali esercitino la minore forza possibile sull' utero: perciò si situerà sulle ginocchia o su i cubiti in modo, che il bacino sia più sollevato del ventre e del petto; e se non potesse stare in questa posizione, che realmente è molto incomoda, bisognerebbe farla collocare supina, colle ginocchia sollevate mettendo dei guanciali sotto il bacino, affinchè rimanga più alto del tronco. Ma qualunque sia la situazione della donna, è necessario che non faccia alcuno sforzo nel tempo che si riduce l' utero. Per far poi questa riduzione, si respinge il fondo dell' utero di basso in alto e di dietro in avanti con più dita insieme riunite, introdotte nella vagina, procurando di agire con esse metodicamente. Se con questo metodo non riesce di fare la riduzione, si introdurranno due dita nel retto, e con queste si procurerà di respingere il fondo dell' utero al di sopra dell' angolo sacro vertebrale, e nel tempo stesso se n' abbasserà il collo, se vi si può arrivare, con due dita dell' altra mano introdotte nella vagina. Non si può determinare il grado di forza, che bisogna impiegare nella riduzione dell' utero, perchè talvolta ne occorre poca, e altre volte moltissima e continuata per qualche tempo. Dussausoy assicura che non avendo potuto ridurre l' utero in un caso di questa specie coll'indice o il medio portati nel retto, perchè non poteva far con essi molta forza, vi riuscì introducendo tutta la mano in questo intestino, ove penetrò senza difficoltà, e distribuendone le dita in modo, a distanze uguali, sul contorno del tumore, che la mano ne venisse ad abbracciare tutta la sua circonferenza. Se i primi tentativi sono infruttuosi, conviene replicarli nuovamente con tutta quella circospezione, che esige lo stato delle parti. Il timore di provocare l' aborto non può essere un motivo da arrestare il pratico, perchè questo accidente non è sempre la conseguenza di questi sforzi, e il pericolo d' altronde, cui la retroversione espone la genitrice e il feto, è molto più grande e sicuro, se non si giunge a risituare l' utero.

Quando i tentativi per ridurre l'utero sono infruttuosi, se si lascia l' utero retroverso, la donna perisce infallibilmente. Hunter era talmente persuaso dell'impossibilità di salvare le donne che sono in questo caso, senza impiegare dei mezzi straordinari, che ha pensato che convenga diminuire il volume dell' utero, pungendolo con un trequarti a traverso la parete posteriore della vagina, a fine di fare scolare una parte dell' acque dell' amnio, la cui quantità, come ognun sa, respettivamente al volume del feto, è maggiore nei primi tempi della gravidanza, che a un' epoca più inoltrata. Sarebbe possibile che la punzione facilitasse la riduzione dell' utero, ma nel tempo stesso sarebbe molto da temersi che non ne risvegliasse la contrazione, e provocasse per conseguenza la prematura espulsione del feto. Frattanto quest' operazione è stata praticata pochi anni indietro con felice successo da Iourel medico a Rouen; e nel Bullettino della facoltà di medicina di Parigi (an. 1812 n. VIII) si trova un' estratto dell' osservazione di questo medico, e del rapporto che ne fecero i professori Dubois e Desormeaux. Nella raccolta delle tesi sostenute nel 1813 alla Facoltà di medicina di Parigi si legge un' osservazione fatta all' Hotel-Dieu di Lione sotto gli occhi di Viricel e Bouchet, relativa a una retroversione dell'utero, guarita per mezzo della punzione di quest' organo.

Sabatier è di parere che non ci sarebbe da temere l' aborto, facendo la punzione della vescica al di sopra del pube, mentre l' evacuazione dell' orine, secondo quest' autore, togliendo degli ostacoli alla riduzione, potrebbe facilitarla, ma siccome i maggiori ostacoli non dipendono dalla pienezza della vescica, ma bensì dal volume dell' utero, è molto dubbioso se dopo vuotata la vescica si possa risituare l' utero. Questo dubbio viene molto appoggiato dall' osservazione dell' Hunter, che abbiam poco fa riportata, e da cui si rileva che dopo avere aperto il corpo e vuotata la vescica, fu impossibile di disinchiodare l' utero, e di fare rimontare il suo fondo al disopra dello stretto del bacino prima di avere diviso la sinfisi del pube.

Sembra probabile il supporre che sia nato da questa circostanza dell' osservazione di Hunter, il consiglio di ricorrere alla sezione della sinfisi del pube nei casi di retroversione dell' utero, nei quali non è possibile di ristabilire questo viscere

nella sua naturale situazione con i metodi ordinari. Questa operazione è stata consigliata prima da Purcell, e poi dal dottor Gardien, il quale ne ha molto preconizzati i vantaggi; ma siccome non è stata mai praticata nel caso, di cui si tratta, non si può parlare che per induzione dei suoi risultamenti probabili, e le ragioni, sulle quali sono fondati i suoi elogi, non sembrano senza replica.

L'utero essendo stato ridotto, bisogna mantenerlo nella sua natural direzione, e per ottenere questo intento basta che la donna resti in una conveniente situazione, e che non faccia alcuno sforzo per orinare, o andar di corpo. Bisogna poi che stia a letto fino al quarto mese della gravidanza, epoca in cui l'utero oltrepassa lo stretto superiore del bacino, e non può più retrovertersi; e si deve raccomandarle di stare coricata piuttosto per fianco che supina.

Gli accidenti che provengono direttamente, o indirettamente dalla retroversione dell'utero, non cessano sempre colla riduzione di questo viscere, e presentano sovente dopo questa operazione delle nuove indicazioni, cui bisogna sodisfare. Se esistono dei sintomi d'infiammazione, si combattono cogli antiflogistici, con i salassi, cioè, universali e locali, colle fomente ammollienti, con i bagni o semicupi tiepidi, colle iniezioni nella vagina ec. Qualche volta la ritenzione di orina continua dopo che l'utero è stato ridotto, poichè quantunque non dipendesse che dalla compressione del collo della vescica, dopo la riduzione può essere mantenuta dalla infiammazione del suo collo, o dall'inerzia del suo corpo, la quale è una conseguenza ordinaria della sua estrema distensione. Nel primo caso conviene parimente ricorrere agli antiflogistici, di cui abbiamo parlato, e nel secondo ai mezzi usati nella paralisi della vescica.

Dell' antiversione dell' utero.

In questa specie di cambiamento di direzione, l'utero si porta col suo fondo dietro la sinfisi del pube, e col suo collo al sacro. L'antiversione può accadere nello stato di gravidanza, o di vacuità dell'utero; ma non si osserva quasi mai che in questo ultimo stato. La forma quasi appianata della parte anteriore della cavità del bacino, e la resistenza che questa parte offre alla faccia anteriore dell'utero e al suo fondo, impediscono che questo viscere si rovesci in avanti; e quindi è che non si trova negli autori quasi alcun esempio ben dettagliato d'antiversione dell'utero, sopraggiunta nei primi mesi della gravidanza. Baudelocque racconta che Chopart gli comunicò un'esempio di antiversione avvenuta in una donna gravida di due mesi, la quale sembrò unicamente dipendere dagli sforzi del vomito, ma esso non entra in alcun dettaglio su questo fatto. Del resto, se l'antiversione si presentasse nei primi mesi della gravidanza, si distinguerebbe facilmente dalla retroversione, poichè il dito esploratore introdotto nella vagina incontrerebbe la faccia anteriore dell'utero, la quale sarebbe divenuta inferiore: il collo di questo viscere si troverebbe applicato contro il sacro, ed il fondo contro il pube; la vescica e il retto ne rimarrebbero compresi; ma questi accidenti sarebbero meno gravi e meno pericolosi che nella retroversione, perchè il fondo dell'utero non può abbassarsi tanto in avanti, quanto indietro. In quanto alle indicazioni, sono le stesse che nella retroversione, poichè anche in questo caso si deve ridurre l'utero, mantenerlo ridotto, e impegnare la malata poi a star coricata supina.

Se l'antiversione dell'utero è sì difficile e sì rara nel tempo della gravidanza, non è però lo stesso nello stato di vacuità di questo viscere. La sua mobilità e la sua natural direzione sono tali, che in quasi tutte le donne il suo collo è inclinato in dietro, e il suo fondo in avanti; ma quando l'utero è vuoto, questa deviazione non dà luogo ad alcun accidente, e non si conosce altro che coll'esplorazione, allorchè si pratica per qualche altra circostanza.

Levret è il primo, che abbia parlato dell'antiversione dell'utero nello stato di vacuità del medesimo, e la denomina *spostamento trasverso*, e ne cita tre esempi osservati in donne non gravide. Quest'autore confessa, che, come molti altri, ha anch'egli lungamente ignorato questo cambiamento di direzione dell'utero: ma l'apertura del corpo di una donna morta in conseguenza dell'operazione della pietra, che le fu fatta nella supposizione di liberarla da un calcolo, che si suppo-

neva insaccato nella vescica, glielo fece conoscere, perchè fu trovato l' utero situato per il lungo nel bacino, col suo orifizio appoggiato sulla parte media del retto, e colla parte più alta della faccia anteriore del suo corpo sul basso fondo della vescica; e fu appunto il corpo di questo viscere, che deprimeva la vescica che fu preso, vivendo questa disgraziata donna, per una pietra insaccata nella vescica medesima, perchè non poteva toccarsi a nudo colla siringa. Questo fatale errore fu tanto più facilmente commesso, in quanto che, al dire di tutte le persone che questa donna aveva consultate, ella soffriva la maggior parte dei sintomi della pietra. Ma l'autossia cadaverica dimostrò che la vescica era sana, che non vi esisteva alcun calcolo, e solamente l' utero era antiverso, e da questo accidente erano prodotti tutti i fenomeni morbosi, che ella accusava in vita. Furono fatte delle ricerche sul cadavere per rintracciare la causa di questo spostamento dell'utero, e non se ne potè trovare altra, che un'ingorgo poco considerabile nella parete anteriore del corpo e del fondo di questo viscere: i suoi ligamenti rotondi erano più grossi e più corti che nel loro stato naturale.

Il soggetto della seconda osservazione di Levret, era una donna di circa 50 anni, la quale aveva fatto parecchi figli senza alcuno straordinario accidente nei suoi parti e nei suoi puerperj. Dopo l'ultimo parto, accaduto 10 anni indietro, essa era andata soggetta a degli scoli di fiori bianchi, e a dei disordini nelle sue regole, le quali l'avevano lasciata per sempre da un'anno a quella parte. A quest' epoca aveva risentito dei forti dolori nel bacino, accompagnati da senso di peso nel retto, specialmente quando aveva bisogno di andar di corpo: orinava sovente e con difficoltà, e le sue orine erano divenute poco a poco mucose, ardenti e piene di renelle. La regione della vescica era tesa e dolentissima al tatto, specialmente dal lato degl'inguini, luogo, ove essa diceva di sentire due specie di corde tese, che l'obbligavano a rapprossimare le coscie al ventre, allorchè era coricata in letto, e di curvarsi in avanti quando era levata; inoltre, tutte le volte che essa si alzava da sedere, sentiva cadere un corpo duro nella vescica, il quale, nel tempo che le faceva nascere la voglia d'orinare, impediva l'uscita all'orina; ma quando entrava nel letto, questo corpo risaliva, e le orine venivano allora fuori con minor difficoltà. Fu creduto che questa donna avesse la pietra, e perciò le fu introdotta la siringa in vescica, prima stando essa in letto; e non avendo sentito niente, fu fatta mettere in ginocchio, senza avere ritirata la siringa, e allora fu sentito un corpo come carnoso, che venne ad urtare nella siringa: ciò fece supporre che la sua malattia consistesse in una qualche escrescenza carnosa. Fu esplorata per la vagina, ma non fu possibile di arrivare a toccare l'orifizio dell'utero; quantunque il retto fosse vuoto, e che la malata fosse stesa in letto supina. Un dito introdotto nell'ano, incontrò il rilievo formato dal collo dell'utero, che deprimeva l' intestino retto. Questa circostanza dissipò tutti i dubbi intorno la natura della malattia. Le fu applicato un pessario, e tutti gli accidenti scomparvero. Ma alcune settimane dopo ricomparvero i fiori bianchi, che erano cessati insieme colle sue purghe; e questo fenomeno fu attribuito alla presenza del pessario, e fu estratto, ma allora ricomparvero i soliti accidenti, e per farli cessare, bisognò tornare ad applicarle nuovamente il pessario. I fiori bianchi essendo a poco a poco cessati, questa donna si ristabilì in salute; ma un anno dopo essendo costipata, negli sforzi che fece per andar di corpo, venne fuori il pessario. Si era pensato di applicargliene un'altro, ma il giorno fissato la donna non sentendo più alcuno di quelli incomodi, che avevano resa necessaria l'applicazione del primo, fu giudicato che potesse farne di meno, e infatti un mese dopo la guarigione fu perfetta.

Nella terza osservazione di Levret è fatta menzione di una donna nubile di 45 anni, la quale era vicina a perdere le sue regole, e soffriva degl'incomodi di salute da parecchi anni. Non poteva quasi più camminare a causa dei forti dolori, che sentiva ai reni, nel basso ventre, ove provava ancora un senso di peso, che referiva alla vescica; e la difficoltà che provava nell'orinare stando in piedi, o inginocchioni la confermarono nell'idea che il suo male esisteva nella vescica, e si fece siringare credendo di averci una pie-

tra. Ma la siringa non ce la scoprì, solamente fu sentito coll' estremità di questo strumento un corpo rotondo che pareva straordinario. Ma siccome questa donna soffriva meno in letto che levata, e che le sembrava allora che il peso si portasse d' avanti in dietro, fu esplorata per la vagina, e fu conoscito che esisteva l'antiversione dell' utero. Le fu applicato un pessario, e i suoi incomodi diminuirono moltissimo. La presenza di questo strumento produsse uno scolo in bianco, che durò quasi un' anno; ma in seguito diminuì poco a poco, e la donna si ristabilì in salute. Tutti i precedenti sintomi essendosi infine dissipati, fu tolto il pessario, il quale era divenuto oramai inutile, e incomodo.

Noi dobbiamo a Desgranges un' osservazione simile a quella di Levret. Una donna di 38 anni, madre di cinque figli, soffriva da più di 30 ore di una ritenzione d'orina incompleta, accompagnata da un incomodo peso sotto il pube. Il ventre era teso e indolente; la regione ipogastrica principalmente tumefatta presentava al tatto una tensione, che si estendeva più in traverso che in alto. La malata aveva la febbre, soffriva dei dolori agl' inguini, all' anche e alle reni; stava rannicchiata in letto, e sentiva un peso all'ano che l'incomodava molto. Desgranges si offerse di siringarla per alleggerire i suoi mali, ma ella non volle. Fu salassata, e le furono ordinate delle fomente ammollienti, e poscia un clistere.

La posizione che la malata fu obbligata di prendere per farsi le fomente, le apportò del vantaggio, e le fece rendere una maggior quantità di orina; ma il clistere aumentò i dolori e il peso sotto il pube. Essa bevve abbondantemente di una tisana preparata con un emulsione, e due ore dopo si addormentò, e riprese la sua ordinaria posizione. Il miglioramento non era stato che momentaneo; la vescica non si era vuotata, e la causa che si opponeva alla sua deplezione, e da cui nascevano tutti gli accidenti, esisteva ancora. Rinacquero i suoi incomodi, e il bisogno di orinare fu più pressante, onde la malata si adattò a lasciarsi siringare nella sera: vennero fuori molte orine, e fu creduto di sentire un corpo estraneo nella vescica, che fu supposto essere uno scirro. Nell'intenzione di assicurarsene meglio, Desgranges introdusse un dito nella vagina, e conobbe che il fondo dell' utero comprimeva il basso fondo della vescica in modo, che la divideva come in due cavità laterali. Il collo dell' utero posava sul retto, ed era sì alto, che appena si arrivava a toccarlo. Si rimediò a questa antiversione risituando l'utero, ma tosto riprese la sua morbosa direzione. In un secondo tentativo, la donna essendo molto piegata in avanti, e il bacino sollevato da un' aiuto, si pervenne nuovamente a risituare l'utero, e fu introdotto un pessario per mantenerlo nella sua natural direzione. La malata si sentì riavere nel momento, ma soffrì per qualche tempo ancora della difficoltà nell' orinare. Essa depose che il suo incomodo l'era venuto grado a grado dopo il suo ultimo parto, accaduto quattro anni indietro, e lo ripeteva dagli sforzi che ella faceva per far girare il subbio del telaio, a cui lavorava, senza muoversi dal suo posto, ciò che esigeva molto più fatica (1).

Risulta da queste osservazioni, che abbiamo riportate, 1.° che l'ingorgo della parete anteriore dell'utero e dei suoi ligamenti rotondi è la causa occasionale dell'antiversione di questo viscere nel suo stato di vacuità, e che gli sforzi per smuovere o sollevare un peso, una caduta sulle piante dei piedi ec. ne sono la causa determinante: 2.° che questa specie di spostamento dell' utero ha dei sintomi propri, avvi una dolorosa continua sensazione nella vescica, che fa sospettare talvolta la presenza di una pietra in questo organo, e questo sospetto sembra esser confermato dalle ricerche che si fanno colla siringa: questo senso d' inquietudine e di dolore è maggiore quando la donna sta in piedi, o in ginocchioni, che quando sta coricata in letto supina; ma questi sintomi non bastano per caratterizzare la malattia, la quale non può essere ben conosciuta con altro mezzo, che portando un dito nella vagina e nel retto: 3.° risulta ancora da questi fatti che dopo aver risituato l'utero, è necessario servirsi di un pessario per mantenerlo nella sua natural direzione; il cui uso continuato per un tempo più, o meno lungo può gua-

(1) *Gior. di Medic. t.* 59 *p.* 35.

rire radicalmente la malattia, senza potere però spiegare in qual modo agisca per dissipare l'ingorgo della parete anteriore dell'utero e dei suoi ligamenti rotondi, che è la causa occasionale dell'antiversione.

Dei calcoli o pietre dell'utero.

È talvolta accaduto che delle donne hanno reso per la vagina delle masse petrose, o ossee, cui è stato dato il nome di pietre dell'utero. Ma il più di sovente queste masse si sono trovate nella cavità dell'utero di donne morte, ed hanno messa fuori di dubbio questa malattia.

Le cause, che producono i calcoli uterini sono oscurissime: Louis pensò che nascessero dall'aggregazione delle parti le più solidificabili, che contiene il fluido esalato nell'utero, nel modo stesso che si formano i calcoli orinari, biliari, e altri. Il professor Roux, (1) ha supposto in una memoria su i polipi fibrosi dell'utero, che le pietre che si formano nella cavità di questo viscere, non sono altro il più di sovente, che dei corpi fibrosi ossificati. Questa opinione è più consentanea alla ragione, e più d'accordo con i fatti osservati. In fatti non è raro d'incontrare dei corpi fibrosi ossificati in totalità o in parte, e rotto il peduncolo che gli sosteneva.

I sintomi prodotti dalla presenza dei calcoli nell'utero sono un dolore, un inquietudine abituale, un peso in questo viscere, e uno scolo muccoso purulento o rossastro dalla vagina: dall'ipogastrio i dolori si estendono sovente ai lombi, e alle coscie: alcune donne soffrono un prurito insopportabile alla vulva, che le obbliga a grattarsi continuamente fino a scorticarsi. Non sempre questa malattia è accompagnata da dolori uterini, poichè delle donne, che non gli avevano mai accusati, portavano delle pietre nell'utero. Ordinariamente i dolori aumentano o si rinnovellano per intervalli, e talvolta divengono allora così acuti, che sono paragonabili a quelli del parto; e i calcoli possono essere espulsi dalla cavità dell'utero nel tempo di questi dolori. La loro presenza produce ancora degli altri accidenti; talvolta impedisce l'escrezione dell'orine e delle feccie, rende la locomozione meno libera e assai incomoda. Quando posano sul collo dell'utero, e che il suo orifizio è un poco dilatato, è possibile di riconoscerne l'esistenza per mezzo del riscontro praticato con un dito, o colla siringa. In alcuni casi, questi corpi estranei hanno logorato la parete posteriore della vagina, e prodotte delle fistole retto vaginali.

L'uscita di uno, o di parecchi di questi calcoli non produce sempre la guarigione, perchè l'utero può contenerne degli altri ancora, per cui sussistono sempre gli stessi fenomeni morbosi, come è talvolta accaduto. E neppure coll'espulsione di tutti i calcoli la donna è fuori di pericolo, poichè l'alterazioni da essi indotte nelle pareti uterine; possono portarla lentamente alla tomba.

La cura dei calcoli uterini varia secondo le circostanze, che gli accompagnano, la loro forma ed il luogo che occupano. Se la loro presenza non produce alcuno sconcerto nelle funzioni, e che se n'acquista la cognizione perchè di tempo in tempo ne viene fuori qualcuno, bisogna limitarsi al metodo espettante, e favorire solamente la loro uscita con i bagni, e con i semicupi e colle iniezioni ammollienti. Se il calcolo cagiona degli accidenti, per cui sia d'uopo estrarlo, bisogna prima procurare di riconoscerne la forma, il volume e i suoi rapporti colle parti contigue. Se il calcolo è voluminoso e ineguale, non potrebbe essere estratto senza cagionare dei pericolosi strappi; e lo stesso accaderebbe trattandosi di un calcolo chè non fosse molto ineguale, ma di una forma tale, che l'utero l'abbracciasse esattamente, e che le pareti di questo viscere s'internassero nei suoi incavi.

Il solo caso, in cui sarebbe tentabile l'estrazione, è allorquando il calcolo è di mediocre volume, e che si può percorrere la sua superficie con una siringa, o con altro adattato strumento, col quale si arriva a conoscere che non ha alcuna aderenza coll'utero.

Louis ha proposto per fare questa operazione, uno strumento in forma di cisoie col taglio sul bordo esterno delle lame. Queste cesoie introdotte nell'orifizio del collo dell'utero, e aperte per una estensione proporzionata al volume del calcolo,

(1) *Miscell. di Chirurg. p.* 101.

dividono a destra e a sinistra le parti, e preparono l'uscita a questo corpo estraneo.

Se l'incisione necessaria per l'estrazione del calcolo desse luogo a un'emorragia abbondante, si dovrebbe ricorrere alle iniezioni fredde, ai liquidi astringenti portati a contatto della piaga per mezzo di stuelli di fila o di una spugna. Si potrebbe usare ancora in questo caso, come mezzo meccanico e stittico al tempo stesso, un limone spogliato della sua scorza, e spinto nella vagina fino al collo dell'utero.

Dei corpi fibrosi dell'utero.

Si chiamano così alcune produzioni accidentali di natura fibrosa di forma sferoide, rotonde, ovoidali, angolari etc. sviluppate nel tessuto dell' utero, di cui non sono una continuazione, ma ci sono in qualche modo insaccate, e da cui si possono facilmente isolare, non essendovi adese che per mezzo di un debole tessuto cellulare, e di qualche vaso sanguigno.

I corpi fibrosi dell'utero sono stati confusi dalla maggior parte degli antichi medici, e anche da qualcuno dei moderni, cogli scirri di questo viscere. La natura di queste accidentali produzioni non è stata ben conosciuta, che in questi ultimi tempi dal professor Roux e da Bayle, che le hanno diligentemente esaminate.

Il volume dei corpi fibrosi dell' utero varia da quello di un pisello fino a quello della testa di un'uomo adulto, e anche più. Si presentano, relativamente alla loro struttura, sotto tre differenti stati: in principio sono carnosi e molli, poi duri e cartilaginosi, e nell' ultimo grado divengono ossei: in tutti questi stati conservano l'organizzazione fibrosa, che è loro propria e che ne forma il carattere. Differiscono dai tumori scirrosi non solamente per questa disposizione, ma ancora per il loro andamento, poichè divengono sempre più consistenti, mentre gli scirri si rammolliscono e si esulcerano.

I corpi fibrosi dell'utero possono avere la loro sede sotto la membrana muccosa di questo viscere, sotto la sua tunica peritoneale, e nella sostanza delle sue pareti. Quelli che occupano questa ultima sede non sono giammai uniti col tessuto dell'utero per una continuità di sostanza; qualche volta vi sono aderentissimi, ma il più di sovente vi aderiscono semplicemente per mezzo di un tessuto cellulare facilissimo a strapparsi, e talvolta ne sono talmente isolati, che al primo aspetto si crederebbero rinchiusi in una cisti. Quando il loro numero è considerabile, o che sono molto voluminosi, deformano tutto il corpo dell'utero, ingrandiscono quest' organo in tutti i sensi, e dilatano considerabilmente la sua cavità. I corpi fibrosi, situati fra il tessuto dell'utero e la sua tunica peritoneale, presentano delle differenti disposizioni: ora sono quasi intieramente rinchiusi nelle pareti dell' utero, e formano solamente una protuberanza dal lato dell' abdome; ora sono totalmente nascosti sotto la tunica peritoneale, la quale gli somministra un sottilissimo peduncolo. Questo peduncolo e qualche lamina cellulosa, sembrano allora il solo mezzo di unione di questi corpi colla parte fibrosa dell' utero. Riguardo poi ai corpi fibrosi, che sono situati fra il tessuto dell' utero e la sua membrana muccosa o interna, hanno un peduncolo, o sono semplicemente protuberanti nella cavità uterina. Nell' uno e l'altro caso, essi ingrandiscono questa cavità, e si distinguono col nome di polipi fibrosi, e sono ricoperti dall'interna membrana dell' utero, sotto di cui si sviluppano.

I corpi fibrosi dell' utero non si formano probabilmente prima dell'età di 30 anni, e si osservano per il più di ordinario nelle donne che hanno oltrepassato i 50 anni, e celibatarie. In generale sono assai comuni. Bayle valuta a un quinto la proporzione delle donne pervenute a una certa età, nelle quali s'incontrano questi corpi. Ma siccome la maggior parte di essi restano piccolissimi, e che sono internati nel tessuto carnoso delle pareti dell'utero, o prominenti nella superficie peritoneale, non cagionano alcun' incomodo, e non si conosce la loro esistenza che dopo la morte, dissecando diligentemente l'utero.

I sintomi, i segni, e la cura dei corpi fibrosi dell'utero variano secondo la sede e il volume di questi corpi. Nel trattare dei polipi dell' utero, noi parleremo di quelli, che sono situati sotto la membrana interna di quest' organo. Non farò parola adesso che dei corpi fibrosi situati sotto la tunica peritoneale dell' utero, e di quelli rinchiusi nel suo tessuto.

I corpi fibrosi situati sotto la membrana peritoneale dell'utero, non producono alcun sintoma, che sveli la loro esistenza, finchè sono poco voluminosi: ma quando sono divenuti assai grossi cagionano un'inquietudine nella regione ipogastrica, e formano un tumore, che si sente facilmente palpando l'abdome. Questo tumore è più, o meno rotondo, indolente, ora internato nel bacino, ora prominente nel mezzo della regione ipogastrica, o situato in una delle fosse iliache. Se non esiste altra lesione organica dell'utero, le regole non soffrono alcun disordine, nè appariscono lese le altre funzioni di questo viscere. Quando il tumore ha cessato di crescere, il senso d'inquietudine che la malata aveva fin'allora risentito nel basso ventre, cessa ordinariamente poco a poco, e svanisce anche intieramente, e le donne possono pervenire ad un'età molto avanzata, godendo d'altronde di una buona salute.

I corpi fibrosi, che hanno la loro sede nel tessuto proprio dell'utero, occupano talvolta il muso di tinca, quasi sempre il corpo di questo viscere, o il suo collo. Nel primo caso il dito esploratore può riconoscerli anche quando sono piccolissimi; nel secondo se n'ignora l'esistenza finchè avendo essi acquistato un certo volume, producono dei sintomi, indicanti un'affezione dell'utero.

Nelle donne tuttora regolate, i corpi fibrosi sviluppati nel tessuto dell'utero cagionano di tempo in tempo dell'emorragie più, o meno abbondanti, i fiori bianchi, uno scolo sanioso, dei dolori nell'ipogastrio, e ai lombi ec. Molte rimangono abili alla concezione, ma il parto le mette in gran pericolo insieme colla loro prole. Alcune restano grasse e fresche, e altre dimagrano senza impallidire; altre divengono più pallide, gonfie, dimagrano, perdono le loro forze, e sembrano attaccate da una malattia incurabile; ma in capo di un certo tempo la mestruazione ritorna regolare, o cessa completamente, secondo l'età della donna, e la salute si ristabilisce: solamente rimane nel basso ventre un tumore permanente per tutto il tempo della vita. Questo tumore si sente manifestamente che è attaccato al corpo dell'utero, come è facile di convincersene mettendo una mano sulla regione ipogastrica, e introducendo nel tempo stesso un dito dell'altra mano nella vagina; i movimenti, che si trasmettono al tumore da una parte e l'altra, non lasciano alcun dubbio a questo riguardo.

Sia che il tumore occupi il tessuto dell'utero, o che si trovi immediatamente sotto la tunica peritoneale, i mezzi curativi sono semplicemente palliativi. Si devono diminuire gli effetti della pressione, che i corpi fibrosi esercitano sulle parti vicine per mezzo del riposo, dei bagni tiepidi, delle vesti comode, e coll'evitare qualunque scossa della macchina. È cosa prudente ancora che le ragazze, nelle quali esistono dei segni di questa affezione, restino celibatarie, e che le donne maritate evitino di divenire incinte. Si prevengono le perdite di sangue e si moderano quando si manifestano, col riposo nella posizione orizzontale, con i salassi ec. Se la malata deperisce, si deve procurare di sostenere le sue forze con i tonici e un buon vitto.

Dei polipi dell' utero.

Si chiamano così dei tumori, che si sviluppano nell'interno dell'utero, e che sono attaccati alla sua faccia interna per mezzo di un peduncolo più, o meno grosso. Questa malattia è stata poco conosciuta dagli antichi, i quali l'hanno sovente confusa con altre affezioni dell'utero, della vagina, e anche delle parti esterne della generazione. Guillemeau, celebre chirurgo, che viveva nel secolo XVI. è il primo che siasi più chiaramente spiegato dei suoi predecessori su questa malattia, della quale ha ben conosciuto tutti i caratteri, e ne ha data un'esatta descrizione. « Si trova (1), dice quest'abile pratico, un'altra escrescenza carnosa, che si può chiamare mola pendente, la quale dall'interno del collo dell'utero, e anche dalla cavità del corpo di questa viscera esce fuori, e nella sua base è grossa quanto un fuso o un dito, e va sempre crescendo come una pera, e pende, nel collo esterno dell'utero detto *vagina*, occupa tutto il suo orifizio chiamato *pudendo*, e che talvolta lo sorpassa essendo del volume di un pugno e più ancora; ciò che io ho osservato in alcune donne, e di

(1) *Oper. di Chir. L. I. Cap. IV. p.* 267.

recente in una ragazza, a cui il maestro Honorè ed io, l'abbiamo estirpata con felice successo, avendola prima tirata fuori della vulva, e poi allacciata nella sua base più in alto, che fu possibile. Questa allacciatura fu fatta per il timore che vi era di qualche emorragia «. Si ravvisa chiaro in questa descrizione il polipo uterino. Ruischio (1) si è spiegato pure con molta chiarezza sulla natura di questi tumori, i quali si formano sulla membrana pituitaria, a cui sono attaccati con un peduncolo. Ma si deve a Levret l'onore di avere rischiarato per mezzo di numerose osservazioni quasi tutto ciò, che spetta ai polipi uterini. Esso ne distingue due specie: i vivaci, e i sarcomatosi.

I polipi uterini, che Levret chiama *vivaci*, non sono altro che l'escrescenze fungose che nascono comunemente da qualche ulcera dell'utero, e che sono costantemente incurabili. Siccome queste vegetazioni o escrescenze fungose sono rarissime, e che la loro storia è ancor poco conosciuta io ometterò di parlarne, per occuparmi solo dei polipi duri, carnosi o sarcomatosi. Questi polipi differiscono fra loro in ragione del loro volume, della loro struttura, e del luogo ove prendono sede nell'utero.

I polipi uterini cominciano, come tutti i tumori della stessa specie, dall'essere piccolissimi, crescono poco a poco, e divengono talvolta di un volume enorme. Ne sono stati veduti di quelli grossi quanto la testa di un feto a termine, o come un cuore di bove, cui sono stati paragonati non solo per il loro volume, ma ancora per la loro forma. Si cita l'esempio di un polipo, che rassomigliava a una di quelle grosse storte, di cui si servono i chimici, e che pesava dodici libbre, ciò che mostra che il suo volume doveva essere prodigioso. Ma non tutti i polipi sono suscettibili di divenire così grossi; ve ne sono di quelli, che dopo avere acquistato un certo volume, restano stazionari, o sussistono per lungo tempo senza essere accompagnati da gravi accidenti: e se ne sono veduti perfino alcuni che sono diminuiti di volume e che sono quasi intieramente svaniti per solo benefizio della natura.

Finchè il polipo è rinchiuso nell'utero, la sua figura è generalmente rotonda; ma fuori di questo viscere diviene puriforme, o simile a un cono; la base è rotondeggiante, e la sommità più o meno grossa; e per questa rassomiglianza, i polipi uterini sono stati paragonati ora a un cono, ora a una storta etc.

Risulta dalle ricerche patologiche del professor Roux, e da quelle fatte posteriormente da Bayle che la struttura della maggior parte dei polipi dell'utero, è la stessa di quella dei corpi fibrosi di quest'organo, ragione per cui sono stati chiamati polipi fibrosi. Le fibre, che gli compongono sono disposte in fascetti, che prendono qualunque direzione, mescolandosi fra loro in un modo inespricabile, e sono rossastre, gialle, grigie o biancastre. Si scorge fra questi fascetti del tessuto cellulare più, o meno abbondante, ma molto compatto; vi si vedono talvolta ancora dei vasi sanguigni sottilissimi e delicatissimi, ma il più di sovente questi vasi sono invisibili. Fin qui non si sono scoperti dei nervi in questa specie di polipi uterini; ma i dolori che cagiona ordinariamente la costruzione del loro peduncolo, non permette di dubitare della loro esistenza. La struttura fibrosa di certi polipi dell'utero non era del tutto incognita a Herbiniaux, come si rileva dal suo modo di esprimersi nel parlare di un polipo, il cui volume era così considerabile, che bisognò servirsi del forcipe per estrarlo, dopo che fu reciso dall'allacciatura. Fattane l'estrazione, dice questo autore, misurai il volume di questo polipo, il quale aveva tredici pollici di circonferenza nel suo ventre, sei e mezzo nel suo peduncolo, e sette di lunghezza dalla sua base fino al punto dell'escisione. Lo squarciai in tutta la sua lunghezza per esaminarne la natura, e trovai che internamente era tutto formato dall'istessa sostanza, la quale consisteva in una mescolanza di ogni sorta di fibre estremamente solide la maggior parte delle quali sembravano tendinose, e disposte in tutti i sensi; ciò, che rendeva questo polipo più compatto. Non ci osservai alcuna cavità, come talvolta s'incontra, nè alcun vestigio di vasi. Parlando poi di un'altro polipo, che era del volume di un grosso uovo di gallina, lo stesso autore dice, era

(1) *Obs. anat. chir. obs.* 6 *et* 58.

tanto duro nel centro, come esternamente; non eravi alcun vaso visibile, e il suo colore era per tutto biancastro; in fine tutta la massa era formata da una sola specie di fibre, che parevano tendinose, e che erano così intralciate, che mi fu impossibile di separarle, e di strapparle (1).

Ma non tutti i polipi dell' utero sono di natura fibrosa. Levret paragonò la sostanza di un polipo, che gli fu mandato da Dejean, chirurgo a Orleans, a una poppa di vacca cotta. Non vi si scorgevano altre cavità, che quelle di alcuni vasi, i più grossi dei quali non avevano un quarto di linea di diametro, e che la sottigliezza delle loro pareti fece riguardare come vene. Ne sono stati osservati ancora degli spugnosi. Nell' apertura del corpo di una donna, Saviard trovò un'escrescenza carnosa della forma e volume di un cuore di bove, che era attaccata con un peduncolo al fondo dell' utero, e nel centro della quale osservò, dopo averla squarciata, una cavità considerabile, che dalla sua base si estendeva fino alla punta. Un polipo grosso come il pugno, aderente con un corto, e sottil peduncolo al collo dell' utero, fu allacciato e amputato da Cailhava: nell' apertura di questo tumore si vide che era vuoto, e che conteneva nel suo centro una materia gelatinosa, e parecchi globetti di filamenti, che rassomigliavano molto ai capelli. Guiot ha veduto un tumore di questo genere, che formava un sacco membranoso, della grossezza di una moneta di cinque paoli in alcuni punti, e un poco minore in altri, e la cui cavità racchiudeva una gran quantità di una specie di pappa o di materia aterotomatosa, simile alla sugna di maiale fusa e rappresa: fu trovato ancora nel mezzo di questa sostanza un globo di peli della grossezza di un' uovo di gallina, ciascun dei quali era lungo tre o quattro dita traverse. Un polipo presentato da Boudon all'Accademia di Chirurgia formava una specie di borsa, intessuta di fibre carnose, la quale internamente era sparsa di rughe, che terminavano alla parte, che si poteva riguardare come l' orifizio. A questi esempi della varietà della struttura dei polipi uterini noi potremmo aggiungerne moltissimi altri, ma ciò non ci sembra necessario, perchè la natura di questi tumori non potendo essere conosciuti che dopo di averli estirpati, è difficile di trarre dalla sua cognizione delle induzioni terapeutiche.

Qualunque sia l' interna struttura dei polipi uterini, essi sono sempre inviluppati in una membrana, la quale non è che una espansione di quella interna dell' utero, sotto la quale si forma il polipo. La grossezza di questa membrana varia molto: talvolta è così sottile, e così intimamente unita alla sostanza del polipo, che è stato creduto che non esistesse. È liscia e pulita, anche quando la superficie del polipo è ineguale, e non si esulcera se non in forza di qualche causa esterna; bisogna però eccettuare i polipi scirrosi quando degenerano in cancro. Fino al presente non sono stati trovati dei polipi, che abbiano contratto delle aderenze colle pareti delle cavità, che gli racchiudono. Questa osservazione è di una grande importanza per la pratica, poichè prova che in tutti i casi il passaggio dell' allacciatura rimane sempre libero. La membrana, che riveste i polipi è talvolta disseminata di vene varicose più, o meno grosse.

I polipi sono attaccati all' utero con un peduncolo, la cui grossezza e consistenza variano molto. Nel principio della malattia il peduncolo è sottile, e aumenta in grossezza a misura che il polipo cresce di volume, e talvolta diviene considerabilissimo. Si sono visti dei polipi, il cui peduncolo avea quattro pollici e più di circonferenza. La consistenza del peduncolo è differente, secondo che è formato solamente dalla membrana muccosa ingrossata dell' utero, di tessuto cellulare, e di vasi, o da questa membrana, e da una sostanza dell' istessa natura del polipo. Nel primo caso il peduncolo si allunga, e diviene più sottile a misura che il polipo ingrossa e che si allontana dal punto, ove è attaccato. Nel secondo il peduncolo conserva la sua primitiva grossezza, e lunghezza, qualunque sia il volume che acquista il polipo. La differenza della struttura e della consistenza

(1) *Trattato su diversi parti laboriosi, e su i polipi dell' utero. T. II. osserv. XVII. e XX.*

del peduncolo spiega perchè alcuni polipi cadano alcuni giorni dopo l'applicazione dell' allacciatura, ed altri molto più tardi. Herbiniaux ha incontrato un polipo, il cui peduncolo era così grosso, e duro che l'allacciatura, quantunque strettissima, non potè reciderlo, e che per staccarlo fu obbligato di segarlo in qualche maniera col filo, tirando alternativamente sopra un capo, e l' altro. I vasi che nutriscono il polipo gli sono trasmessi dal suo peduncolo. Uno s' ingannerebbe se volesse giudicare della grossezza di questi vasi da quella del tumore: in fatti, i polipi, i più voluminosi non sono nutriti che da piccolissimi vasi. Sotto questo rapporto i polipi uterini differiscono dalla maggior parte degli altri tumori, i cui vasi sono tanto più grossi, quanto essi sono più voluminosi. Per altro si sono visti dei polipi, il cui peduncolo conservava dei vasi assai grossi. Vacoussin ne ha osservato uno che rassomigliava a un utero rovesciato, ed era sospeso mediante un peduncolo della grossezza di un pollice, in cui si sentivano col dito delle manifeste pulsazioni, d' onde si rileva che esso conteneva una, o più grosse arterie.

I polipi esterni possono nascere, 1.° dalla faccia interna del corpo dell' utero, 2.° dal canale che forma il collo di quest' organo, 3.° dalla superficie esterna, o vaginale del muso di tinca, e dai suoi bordi. Il corso, i sintomi, la diagnosi, e il pronostico della malattia non essendo esattamente gl' istessi in questi tre casi, è necessario di considerare i polipi, secondo il luogo ove si sono formati. Noi non parleremo delle cause dei polipi uterini, perchè sono affatto sconosciute, e che d' altronde, supponendo avanti che non lo fossero, non si potrebbe tirarne alcuna induzione per la terapeutica. Noi osserveremo solamente che non si sviluppa mai alcun polipo nell' utero prima dell' epoca della mestruazione, e che le donne le quali hanno fatto dei figli, quelle che sono sterili e quelle che vivono celibi, sono tutte egualmente soggette a questa malattia, senza che se ne conosca la vera causa.

La maggior parte dei polipi uterini nascono dalla cavità del corpo dell'utero; il loro peduncolo può essere impiantato su tutti i punti della superficie di questa cavità, ma il più di sovente prende origine dalla sua parte superiore, fra gli orifizi delle trombe di Falloppio, o più, o meno vicino a uno di questi orifizi. Questi polipi non producono in principio alcun sintoma, che ci possa far conoscere, o sospettare la loro esistenza, e se le donne soffrono qualche incomodo sui primi tempi della malattia, essi hanno molta somiglianza con quelli di una gravidanza incipiente, dimodochè alcune si sono credute realmente incinte. Ma allorchè il polipo ha acquistato un certo volume, nascono dei sintomi, che se non ce ne fanno conoscere positivamente l'esistenza, possono almeno farcela fortemente presumere. La malata soffre dei dolori, della tensione nella regione ipogastrica, cui si aggiungono delle stirature alle reni, agli inguini, e nelle coscie. Se essa è ancora regolata, soffre dei disordini nella mestruazione. L' epoche delle regole sono più rapprossimate, la loro durata è più lunga, e nel maggior numero dei casi sono precedute, o seguite da uno scolo sanguigno, o sanioso. Spesso ancora la donna va soggetta a dei fiori bianchi abbondantissimi, e talvolta a delle emorragie. Se il polipo cresce considerabilmente di volume nell' utero prima di dilatarne l' orifizio, e d' impegnarvisi, gli accidenti aumentano; il disordine della mestruazione congiunto allo scolo muccoso e puriforme, che talvolta e abbondantissimo, induce una flaccidità nelle carni, una pallidezza clorotica, e una specie di gonfiezza e di cachessia; e se non si scuopre la vera causa di questi accidenti, o se non ci si può rimediare, la malata perisce in uno stato di debolezza, di pallore, o di gonfiezza, che sovente è accompagnata da idropisia parziale, o generale.

Ma il più di sovente il polipo, che cresce in tutti i sensi, e che è compresso dalle pareti dell' utero, ne allarga ben tosto il collo, che è la parte ove esso incontra minor resistenza; ne dilata l'orifizio, vi si impegna a poco a poco come un cono, ne slontana i bordi e non tarda a manifestarsi nella parte superiore della vagina, sotto la forma di un corpo prominente, liscio, più, o meno renitente, insensibile, e circondato da un cerchio carnoso, intorno a cui il dito trova una specie di fossa ben distinta, formata

dal cul di sacco che termina la vagina. Allora egli cessa di esercitare la sua più forte azione sulle pareti dell' utero, e gli accidenti che ne erano la conseguenza diminuiscono o svaniscono. Frattanto il polipo scende sempre più nella vagina, che esso occupa in totalità, o in parte. La sua estremità inferiore ingrossa, nel tempo che la porzione che corrisponde al collo dell' utero conserva la grossezza che ella aveva, o pure si assottiglia e vi soffre una specie di strangolamento. La costrizione essendo principalmente esercitata sui vasi, che serpeggiano sulla sua superficie, questi si rompono e lasciano scolare gli umori, e il sangue che contiene il tumore. Incominciano allora degli scoli sierosi, o mucosi, delle perdite di sangue abituali, o dell' emorragie, che si rinnuovano spesso. Il polipo che riempie la vagina, comprime il retto, il collo della vescica e l' uretra, impedisce il corso delle orine e delle materie fecali, e produce un senso di peso abituale, che incomoda molto la malata. Accade talvolta che il polipo nello scendere nella vagina trascina seco il fondo dell' utero attraverso del suo orifizio e cagiona un rovesciamento incompleto di questo viscere.

Il polipo dopo aver soggiornato più o meno lungamente nella vagina, e dopo averci acquistato un considerabile volume traversa talvolta l'orifizio di questo canale, esce dalla vulva, e pende fra le coscie. Esso non puo però discendere così in basso senza trascinar seco l'utero, il cui fondo, come abbiamo già detto ha incominciato già a rovesciarsi, allorchè il polipo non ha ancora abbandonato la vagina. Quando il rovesciamento è giunto al segno che l'utero esce fuori dalla vulva, si distingue facilmente dai segni che noi esporremo in seguito, ciò, che appartiene al polipo e all' utero. L' espulsione del polipo fuori della cavità di questo viscere è l'effetto della resistenza e della pressione che le pareti uterine oppongono al tumore, a misura che egli cresce di volume. Un' impulsione estranea all' azione dell'utero, come un violento sforzo, la tosse, i vomiti, le scosse di una vettura ec. possono favorire questa espulsione, ma non è assolutamente necessaria, perchè questa succeda. Non si può dir però l'istesso riguardo all'uscita del polipo dalla vulva, la quale dipende assai meno dal peso del tumore e dalla pressione che egli soffre per parte delle pareti della vagina, che dall'impulsione che gli è comunicata dalla violenta e simultanea contrazione del diaframma, e dei muscoli abdominali in uno sforzo qualunque. Del rimanente questo accidente non accade che allorquando l'orifizio della vagina è molto dilatato, la vulva assai ampia, e che il tumore è assai grosso, per ricevere l'impressione comunicatagli dai visceri del basso ventre nella circostanza di uno sforzo.

Il polipo uscito fuori della vulva si riduce per ordinario assai facilmente, quando non è rimasto pendente fra le coscie per uno spazio di tempo così lungo, da averci acquistato un volume troppo forte; non è raro di vederlo nella vagina per un tempo più o meno lungo, senza venir fuori, purchè la malata non faccia dei penosi esercizi, o gravi fatiche. Ma se il polipo non può rientrare nella vagina, resta sospeso fra le coscie, ove in brevissimo tempo acquista un enorme volume. Può ancora infiammarsi, esulcerarsi e gangrenarsi.

Allorchè il polipo oltrepassa la vulva, l'escrezione delle orine e delle materie fecali divengono più facili; ma gli scoli di ogni specie restano gl'istessi, e i dolori alle reni, agl'inguini, e all' anche divengono più forti, atteso il tiragliamento grande che soffre l'utero trascinato in basso dal polipo.

Conforme noi abbiamo già detto, finchè il polipo resta nella cavità dell'utero senza dilatare il collo, e affacciarsi al suo orifizio, noi non abbiamo un indizio certo della sua esistenza. I sintomi che la donna soffre nel principio di questa malattia sono sì poco rimarcabili, e talmente equivoci, che sovente si confondono con quelli di una incipiente gravidanza. I fenomeni morbosi che sopraggiungono in seguito, a misura che il polipo cresce di volume, sono anche essi molto oscuri, e non ne rendono più facile la diagnosi; in fatti le perdite di sangue abituali, e gli scoli muccosi che sono i sintomi principali dei polipi, possono essere la conseguenza di molte altre affezioni dell'utero, e si osservano anche nelle donne che non portano un polipo nella cavità di questo viscere. Il riscontro col

tatto, che nel maggior numero dei casi ci fa riconoscere l'esistenza del polipo, non può in questo caso somministrarcene la certezza, perchè il dito non può penetrare nella cavità uterina. Per altro non si deve giammai trascurare questo mezzo d'investigazione, allorchè si osservano in una donna delle perdite abituali di sangue, uno scolo muccoso, scirroso, sanioso, e puriforme, e altri sintomi che annunziano la lesione delle funzioni uterine. E siccome scorrono sovente più anni fra il momento dell'apparizione dei primi sintomi e l'epoca, in cui il polipo si affaccia all'orifizio dell'utero, tutte le volte che si hanno delle ragioni di sospettare l'esistenza di un polipo, bisogna praticare il riscontro per la via della vagina, poichè si sono viste perire delle donne, nelle quali questa specie di esplorazione era stata trascurata per più di un anno, e che si sarebbero potute probabilmente guarire della loro malattia per mezzo dell'allacciatura, o dell' estirpazione, ma all'epoca in cui fu praticato il riscontro, l'orifizio dell' utero essendo chiuso, non si potè conoscere l' esistenza del polipo, nè si ricorse mai più in appresso all' esplorazione.

Allorchè il polipo ha dilatato l'orifizio dell'utero, e che ha incominciato a scendere nella vagina, la diagnosi non è più difficile. Il dito esploratore introdotto in questo canale v' incontra in alto un tumore, che riempie il collo dell' utero, e ne dilata i bordi. Questo tumore è più, o meno voluminoso e prominente; è rotondo, duro, liscio al tatto e circondato da una fossa circolare, che lo separa dai bordi dell'apertura, che gli dà passaggio. Questi istessi bordi formano una prominenza, attorno la quale si può portare il dito nella specie di cul di sacco che termina la vagina. Questo tumore ha tanta rassomiglianza con quello che forma il fondo dell'utero incompletamente rovesciato, che è facile di prendere l'uno per l'altro. Ma si eviterà facilmente questo sbaglio, se si consideri che il polipo è ordinariamente indolente e non è suscettibile assolutamente d'alcuna riduzione, mentre che il fondo dell'utero si lascia ridurre con molta facilità, quantunque torni a scendere di nuovo, cessata la forza che lo rialzava. A tutto questo si aggiunga ancora, che il rovesciamento dell' utero non accade quasi mai che dopo il parto, mentre il polipo si mostra in tutte l'epoche, e si oppone ancora alla generazione. Se malgrado tutti questi segni, resta ancora qualche incertezza sulla natura del tumore, questa non può tardare a dissiparsi, facendo attenzione ai suoi progressi. Se è un polipo, egli scenderà ben presto nella vagina, ove formerà un tumore piu grosso in basso, che in alto; se è l'utero rovesciato incompletamente, il tumore aumenterà in un modo molto più lento, e conserverà la sua forma convessa, simile ad un segmento di sfera, sotto la cui forma ha incominciato a mostrarsi.

Allorchè il polipo è intieramente sceso nella vagina, il dito introdotto in questo canale v'incontra un tumore più, o meno voluminoso, di cui può percorrere tutta la circonferenza. Questo tumore, che empie la vagina totalmente, o in parte, è più, o meno duro, liscio al tatto, rotondo, o piriforme, più largo inferiormente, che superiormente, ove si sente il suo peduncolo. Se il polipo è piccolo, o di mezzana grossezza, si può arrivare il suo peduncolo col dito, e allora si sente che esso esce dalla cavità dell'utero per l'orifizio dilatato del suo collo, il quale forma un cerchio più, o meno compatto, e rilevato; il dito, o uno strumento smussato può penetrare profondamente fra l'orifizio dell' utero ed il peduncolo; ma se si porta fra l'orifizio e la parete della vagina, si trova tosto arrestato dalla specie di cul di sacco, in cui termina superiormente questo canale. Si può ancora accertarsi della consistenza, della grossezza e lunghezza del peduncolo, che variano secondo la natura del polipo, e della sua antichità. Ma allorchè il tumore è cresciuto considerabilmente nella vagina, e che la riempie intieramente, spinge in alto il collo dell'utero, ed allontana talmente il suo orifizio, che il dito non può arrivare a toccarlo; sovente è impossibile ancora di toccare il peduncolo del polipo.

Nell'uno, e nell'altro caso sarebbe facile, per mancanza di attenzione, di prendere questo tumore per un rovesciamento completo dell'utero, o per il prolasso di questo organo. Questo sbaglio è stato sovente commesso, ma si eviterà facilmente di cadervi, riflettendo alla forma del tumore, alla sua consistenza, al suo grado

di sensibilità, alla possibilità, o l'impossibilità di ridurlo, alle circostanze commemorative, ai sintomi che hanno preceduto la sua apparizione nella vagina, e a quelli che la malata soffre attualmente.

Allorchè il polipo è uscito fuori dalla vulva, si presenta fra le cosce della malata sotto la forma di una massa carnosa più, o meno grossa, che col suo volume eguaglia talvolta quello di una testa di un feto, la quale è piriforme, e sospesa a un peduncolo che occupa l'orifizio dell'utero. Conforme noi abbiamo già detto il polipo uscito fuori della vagina, e che forma un tumore fra le coscie, trascina seco necessariamente col suo peso il fondo dell'utero, cui è attaccato, e questo viscere discende, e si rovescia più o meno. Se il rovesciamento è poco considerabile, si sente il peduncolo del polipo, ma se egli è completo abbiamo allora in qualche modo due tumori, uno inferiore molto più grosso, indolente, duro, e irriducibile, il quale è formato dal polipo; l'altro superiore, meno voluminoso, e duro, dolente, il quale serve, per così dire, di radice al polipo; e questo è formato dall'utero rovesciato.

Un polipo uscito dalla vagina è stato sovente preso per un rovesciamento completo dell'utero. La conformazione esterna del polipo, la cavità o la disposizione cellulosa, che vi si osserva nell' aprirlo, dopo averlo estirpato, hanno fatto credere a molti pratici di avere essi estirpato l' utero, e il loro acceecamento in questo caso è stato così grande, che alcuni non hanno potuto neppure esserne disingannati dal vedere che le donne, le quali avevano subìto questa operazione, divennero dipoi incinte. Si eviterà questo sbaglio, riflettendo maturamente alle circostanze commemorative, e all' andamento della malattia, e paragonando i segni essenziali dei polipi uterini, con quelli che caratterizzano il rovesciamento completo dell' utero nelle sue diverse epoche, e nei suoi differenti stati; nel modo stesso e più facilmente ancora si arriverà a distinguere un polipo uscito fuori dalla vulva da un prolasso completo dell' utero. Tre osservazioni riferite da Levret nella sua memoria sui polipi dell' utero, provano evidentemente che dei tumori poliposi di un considerabil volume, i quali traevano la loro origine dalle pareti interne dell' utero, e che avevano di già traversato intieramente, o in parte l' orifizio di questo viscere, non hanno impedito di concepire alle donne che gli portavano, e che non hanno recato alcun pregiudizio allo sviluppo del feto, e neppure accelerato il parto. Frattanto può accadere, come lo prova una quarta osservazione dell'istesso autore, che un polipo, o sia per il suo volume, per il punto del suo attacco, o per la sua particolare posizione, si opponga all' accrescimento del feto, e provochi l' aborto.

I polipi che nascono nell' interno del collo dell'utero, o sul bordo del suo orifizio, sono molto più rari di quelli, che sono impiantati nella superficie delle cavità di questo viscere. Pure se ne trovano alcuni esempi. Questi polipi, il cui sviluppo si opera nella vagina, possono acquistare un volume considerabile, e allora le malate soffrono sul retto e al perineo un peso, e un dolore, che le impediscono di stare a sedere. Secondo Levret, questi polipi sono più frequentemente accompagnati dai fiori bianchi, o da un abbondante scolo sieroso, che dalle perdite di sangue; e da ciò egli conclude, che è tanto necessario di esplorare le donne attaccate da scoli bianchi per procurare di conoscerne la causa, quanto quelle, che soffrono di perdite di sangue. Quando si riscontra una donna, che ha un polipo attaccato al collo dell'utero, se esso nasce dalla cavità di questo collo, si sente che il suo peduncolo non è per tutto ugualmente isolato, e che il dito non ne può percorrere tutta la sua circonferenza, come nei polipi impiantati nella cavità dell'utero; esso v'incontra uno ostacolo che lo arresta, e il punto che resiste è un poco al disopra della circonferenza dell'orifizio dell'utero, il quale è più, o meno rovesciato indietro, o verso una delle sue parti laterali. Se il polipo è attaccato al bordo dell'orifizio dell'utero, questo orifizio è dilatato, e sformato, la porzione del collo, ove è impiantato il tumore, è molto allungata, mentre che la porzione che è opposta al peduncolo, si trova nel suo stato naturale, e sembra rialzata, ciò che cambia la direzione dell'orifizio dell'utero, e gli fa prendere una figura allungata, come il becco di un flauto. La radice del polipo è confusa colla parte

del collo dell' utero, cui è aderente di maniera, che si può appena distinguere i loro confini. Questa specie di polipi, quando sono voluminosi, cagionano il prolasso dell'utero, ma giammai il rovesciamento di questo viscere.

Il pronostico dei polipi uterini è sottoposto a un gran numero di circostanze: in generale, quelli che nascono dalla cavità del collo, o dalla circonferenza dell'orifizio dell'utero, non sono giammai così pericolosi come quelli, che prendono origine dalla cavità del corpo di questo organo. Questi ultimi sono accompagnati da pericoli tanto maggiori, quanto più essi restano lungamente nascosti in questa cavità, e che vi acquistano un considerabil volume, che gl'impedisce di uscirne fuori, e discendere nella vagina. I polipi, che si sono molto avanzati in questo canale, allorchè il loro peduncolo è attaccato alla cavità dell'utero, fosse anche grossissimo, sono sempre meno pericolosi, perchè essendo allora questo peduncolo molto lungo, l' allacciatura non si posa molto vicina al punto della sua inserzione, e per conseguenza non cagiona così facilmente l'infiammazione dell' utero e gli sconcerti che l' accompagnano. I polipi che hanno attraversato la vulva sembrerebbe a prima vista, che dovessero essere molto più pericolosi di quelli, che sono rinchiusi nella vagina, ma leggendo le osservazioni consegnate nella Memoria di Levret su i polipi, e quelle che si trovano nelle raccolte periodiche, si rileva che quasi tutte le donne, nelle quali il polipo era uscito fuori della vulva, ne sono state felicemente sbarazzate per mezzo dell'allacciatura, e della amputazione. Il numero di queste osservazioni è così grande, che si è indotti a credere che sarebbe vantaggioso di aspettare l'uscita dalla vulva di questi tumori per farne l'allacciatura, se la natura degli accidenti che soffrono le malate permette di differire questa operazione. L' uscita dei polipi dalla vulva è sovente accompagnata dal rovesciamento dell'utero, e questa circostanza ne rende più pericoloso il pronostico, non solamente perchè il rovesciamento dell'utero può cagionare dei gravissimi accidenti, ma ancora perchè facendo l' allacciatura di questi polipi si può inavvertentemente situare il cordoncino sull'utero, e cagionare dei mortali accidenti. L' età della malata, la sua costituzione e lo stato della sua salute, sono altrettante circostanze, sulle quali si deve maturamente riflettere prima di proferire un giudizio sulle conseguenze probabili del polipo.

I polipi dell'utero sono nel numero di quelle malattie, di cui non si può sperarne la guarigione, se non che dai soccorsi dell'arte. Frattanto non è senza esempio che la natura sia pervenuta a sbarazzarsi da per se di queste escrescenze, allorchè erano discese dall'utero nella vagina. È probabile che in questo caso il collo dell'utero strangoli il peduncolo del polipo, il quale perisce e cade, separandosi dal punto della sua impiantazione. Ma simili benefizi della natura sono rarissimi, e la chirurgia imitandoli, può liberare da questa malattia le donne, che ne sono attaccate.

I mezzi raccomandati dagli autori, e impiegati dai pratici sono, la cauterizzazione, la sezione pura e semplice del peduncolo del polipo, lo strappamento di esso per mezzo della torsione, e l'allacciatura.

La cauterizzazione viene comunemente attribuita a Celso, ma non è probabile che questo autore abbia voluto parlare dei polipi uterini allorchè egli dice: « nasce ancora all'ano, e nell'utero un'ulcera simile a un fungo. Se è d' inverno bisogna fomentarla con dell'acqua tiepida, e nell' estate con dell' acqua fredda. Vi si mette poi sopra della schiuma di rame (spuma aeris); e inoltre si cuopre coll'unguento d'olio di mirto, in cui si incorporano delle squamme di rame (squammae aeris), della sugna, e della calce. Se questo medicamento, o altri più forti non consumano il tumore, si brucerà col ferro (1) ». Egli è evidente che questa cura era consacrata alle ulceri fungose che nascono nei contorni dell' ano in ambedue i sessi, od internamente nelle parti naturali delle donne, e non già ai polipi uterini, dei quali Celso non parla in alcun luogo del suo libro. Molti altri autori hanno proposto la cauterizzazione, ma la più piccola riflessione basta per farci sentire che questo metodo, altrettanto crudele quanto incerto, sarebbe di

(1) *Corn. Celsus. Lib. VI. Cap. IX. Sect. III. Art. V. Ed. de Valart.*

un' eccessiva difficoltà. Infatti qualunque fossero le precauzioni prese dal chirurgo, egli non potrebbe pervenire che con una pena infinita a garantire le parti sane dalla pericolosa impressione dei caustici, o del cauterio attuale. Si aggiunga a questo i rischi di provocare una pericolosa degenerazione, come succede sovente riguardo ai sarcomi, che non si possono distruggere in una sola volta. Per queste ragioni sono stati banditi dalla cura dei polipi uterini e il cauterio, e i caustici.

La sezione pura e semplice di questi tumori, senza averli precedentemente allacciati, consigliata dall'Aezio, e da molti altri autori, è stata raramente praticata. La difficoltà del portare gli istrumenti in un luogo stretto e profondo, il timore d' interessare le parti sane vicine, e specialmente quello di un'emorragia, che sarebbe forse assai difficile di arrestare, hanno indotto un gran numero di pratici a rigettare questo metodo. Peraltro la sezione è stata praticata più volte con successo; ma essa non è applicabile ai polipi duri, come lo sono costantemente i polipi fibrosi, i quali hanno un peduncolo sottile o di mediocre grossezza, e che sono discesi assai in basso nella vagina, perchè il dito possa arrivare a toccare questo peduncolo, percorrerne tutta l'estensione, e giudicare se non contiene qualche arteria assai grossa da far sentire le sue pulsazioni. Io ho praticato una volta con successo questa operazione in una donna, il cui polipo della grossezza di un uovo d' oca, presentava le condizioni, delle quali ho parlato. La malata non perdè una cucchiaiata di sangue, e rimase completamente guarita in sette o otto giorni. Per questa operazione mi sono servito di lunghe cesoie colle lame curvate nella faccia interna, e con le punte smussate. Si potrebbe ancora tagliare il peduncolo con un bisturino, la cui lama lunga, stretta, bottonata e curva in una delle sue facce, non sarebbe tagliente che per l' estensione di circa un pollice e mezzo verso la sua punta, o che si coprirebbe con un nastro fino alla stessa distanza dalla sua punta, se fosse tagliente in tutta la sua lunghezza. Il dottor Villeneuve ha presentato di recente all'Accademia reale di medicina un corpo ovoidale del diametro di tre pollici, ch' egli aveva estratto dall' utero di una donna. Questo corpo, che aveva tutta l'apparenza delle masse fibrose, così comuni in questo viscere, era aderente con un sottile peduncolo al fondo dell'utero, traversava l'orifizio di questo organo, che egli aveva aperto, e formava un tumore nella vagina. Villeneuve lo tirò leggermente in basso con due dita, e fece la sezione del suo peduncolo con un bisturino, la cui lama era fasciata in parte con un nastro: non scolò che poco sangue, e la malata si sentì subito sollevata dall' incomodo e penoso peso, che la tormentava da lungo tempo. La guarigione ne fu sollecita, non essendo ritardata da alcuno accidente. Io credo potere concludere da questi fatti, e da molti altri che sono venuti a mia cognizione, che è preferibile all'allacciatura, la sezione del peduncolo dei polipi, i quali presentano le favorevoli circostanze, di cui abbiamo parlato di sopra. Mediante questa lesione la malata è più prontamente sbarazzata del polipo, e non rimane esposta agli accidenti, che risultano talvolta dall' allacciatura, e dallo strumento che serve a stringerla. Ma se si sentisse nel peduncolo del polipo la pulsazione di qualche arteria, si comprende bene che sarebbe imprudente di tagliarlo, senza averlo precedentemente allacciato, mentre questa precauzione previene un' emorragia, che sarebbe forse impossibile di arrestare. Gli autori che hanno biasimato, e anche proscritta la sezione pura, e semplice dei polipi uterini per timore della emorragia, non hanno mancato di citare la seguente osservazione di Zacuto Lusitano (1), per provare che questo timore non è chimerico. Un empirico, il quale curava una povera donna di forti dolori uterini, e di un grandissimo calore interno, avendo osservato nella vagina un escrescenza di carne spongiosa della grossezza di una mandorla, la toccò prima coll' acido solforico, ma vedendo inutili i suoi tentativi, la tagliò con le cesoie. In conseguenza di questa sezione venne una emorragia così forte che uccise la malata. Questo fatto non basta per provare che non si debbono giammai recidere i polipi uterini, senza averne precedentemente allacciato il peduncolo, primo, perchè non

(1) *Prax. Med. lib. II. Obs. LXXXVI.*

è riportato con tutti quei dettagli che avrebbero potuto renderlo proprio a somministrare questa prova; secondo, perchè è evidente che l' escrescenza, di cui si tratta non era un polipo ordinario, ma bensì una vegetazione fungosa, e forse cancerosa del collo dell' utero, malattia, che non ammette un simile rimedio.

Molti autori hanno consigliato di torcere il peduncolo dei tumori poliposi dell' utero, per determinarne la separazione da questo viscere. Due esempi di successo di questo metodo sono stati comunicati all' Accademia reale di chirurgia, e sono riferiti da Levret nella sua citata memoria. Il primo appartiene a La Peyronie. Una donna di sessanta anni, portava da dodici o quindici anni un tumore nella vagina, che era stato sempre preso per un prolasso dell'utero, e che si era cercato di contenere per mezzo del pessario, dopo averne fatto la riduzione nello spazio dei quattro o cinque ultimi anni; il tumore aveva più volte cacciato fuori il pessario, e forzato l' orifizio della vagina, il quale era ciò nondimeno assai stretto, circostanza, che aveva reso la riduzione del tumore molto difficile e dolorosa. L' ultima volta che esso uscì fuori, fu mandato a chiamare una levatrice per operarne la reposizione, ma nei ripetuti tentativi che ella fece macchinalmente per ridurlo, ne torse senza dubbio il peduncolo, il quale era sottile e gracile, poichè il tumore si staccò e le restò nelle mani. La malata non sofferse niente in conseguenza di questa operazione, e si trovò guarita della sua malattia. Nel secondo esempio comunicato da Boudon, si vede che il chirurgo fece espressamente, e con cognizione di causa ciò, che la levatrice aveva fatto involontariamente, e nella completa ignoranza della natura della malattia. Boudou fu cercato per visitare una ragazza di trentotto anni, la quale da cinque anni a quella parte soffriva di uno scolo dall' utero di materie ora linfatiche, e ora sanguigne, accompagnato da vivi dolori nelle parti. Esso trovò nella vagina un tumore duro e sarcomatoso, che nasceva dall' utero, il cui fondo era attirato verso il suo orifizio dal peso di questo tumore, il quale riempiva la vagina a segno che con molta difficoltà potè pervenire fino al luogo, ove la sua radice era impiantata. Boudon tentò di allacciarne il peduncolo, ma non essendoci potuto riescire, quantunque avesse fatto prendere alla malata la miglior posizione, egli si determinò, a fine di evitare l' emorragia che temeva, a torcere dolcemente, e con molta delicatezza, e sempre nello stesso senso il peduncolo del polipo, operazione che egli eseguì alternativamente con l' indice e il medio di ambedue le mani introdotti nella vagina. Con questo metodo, il tumore che aveva fortunatamente un peduncolo molto sottile, si separò senza emorragia. Ciò nonostante Boudon prese la precauzione di far salassare due volte la malata nello stesso giorno. Egli aggiunge, che non comparve alcuno scolo dalla vagina, per cui si credè dispensato dal far delle iniezioni. Il tumore era d' un volume di una piccola pera, e assai duro, ma livido, e pesava tre once; in un punto della sua circonferenza si vedeva una prominenza frangiata, che si conobbe essere il peduncolo, il quale poteva avere un pollice di lunghezza su cinque, o sei linee di diametro.

Malgrado i successi ottenuti da Boudon, non possiamo dissimulare che il metodo di estirpare i polipi uterini mediante la torzione dèl loro peduncolo, non riunisca grandi inconvenienti, a cagione del rischio che si potrebbe correre di torcere nel tempo istesso la parte dell' utero, ove è impiantato il peduncolo; ed è per questa ragione che questo metodo è stato generalmente disapprovato. Del rimanente, si comprende che se questo istesso metodo si potesse praticare con minor pericolo in alcune circostanze, ciò sarebbe tutto al più nei casi, in cui fosse possibile di assicurarsi per mezzo del riscontro, che il peduncolo del tumore è molto sottile, lungo, e semplicemente attaccato alla parete della vagina, o esternamente al bordo dell' orifizio uterino; ma anche in questo caso sarebbe prudente di prendere la precauzione, che sì saviamente è raccomandata in una Tesi sostenuta nel 1753 al Collegio di chirurgia, sotto la presidenza di Hevin. Questa precauzione consiste a prendere il peduncolo del polipo più in alto che si può con una pinzetta, o una tanaglietta, a fine d' impedire che la torsione del peduncolo, quantunque fatta con delicatezza, non si estenda alle pareti dell' utero o della vagina, al di là del punto dell'attacco del tumore.

L' allacciatura è il metodo più generalmente usato per la cura dei polipi uterini. Essa può essere praticata in due differenti circostanze, 1.° allorchè il polipo è uscito fuori della vulva o che si può tirar fuori con le mani, o colle tanagliette; 2.° allorchè il tumore è intieramente nascosto ancora nella vagina.

Prima che Levret avesse concepito ed eseguito il progetto di allacciare i polipi tuttora profondamente nascosti nella vagina, non si applicava l'allacciatura, che su quelli che n' erano interamente o almeno in gran parte usciti fuori. Ma siccome questa uscita non ha luogo il più di sovente, che allorquando il polipo ha fatto dei grandi progressi, accadeva ordinariamente che nell' attendere questa favorevole circostanza, le malate rimanevano esposte ai gravi pericoli dell' emorragia, e degli altri incomodi, che cagionano questa specie di tumori. L' allacciatura dei polipi uterini usciti fuori dalla vulva può esser fatta in due maniere. Nella prima, si circonda il peduncolo con un cordoncino formato di più fili uniti insieme e incerati. Nella seconda, si posa attraverso del peduncolo, per mezzo di un ago, due lacci, che possano essere facilmente separati per stringere lo stesso peduncolo da ambedue le parti, come si praticava nei tempi indietro per l' allacciatura dell' epiploon. Il primo metodo deve essere usato allorchè il peduncolo è sottile, o di mediocre grossezza, molle e poco solido; il secondo è preferibile quando il peduncolo è grosso e molto duro. Ma in qualunque maniera si posi l' allacciatura, si deve spingere assai fortemente per strangolare il peduncolo e determinarvi un esulcerazione circolare, la cui profondità aumenta successivamente, finchè non resta interamente reciso e che il polipo non si stacca.

L'allacciatura deve essere situata più vicino che è possibile all'inserzione del peduncolo. Ma siccome i polipi che nascono nella cavità del corpo dell'utero, nel discendere nella vagina e nel uscire dalla vulva, trascinano seco il fondo di questo viscere e lo rovesciano in modo, che la parte rovesciata forma il peduncolo del tumore, che pende fra le coscie della malata, si deve fare attenzione nel praticare l'allacciatura di questo tumore, di non situare il laccio sull' utero, ma bensì sul vero peduncolo del polipo, ove la linea di demarcazione fra questo peduncolo, e l'utero è tracciata dalla differenza del colore, della struttura, della consistenza e della sensibilità, conforme abbiamo già detto. Questa precauzione è tanto più importante, in quanto che l'allacciatura dell'utero accaduta in simili casi, ha prodotto quasi sempre degli accidenti mortali.

Tutti i chirurghi che hanno allacciato dei polipi uterini usciti fuori dalla vulva, non si sono condotti nella stessa maniera, dopo aver sufficientemente serrato il laccio. Alcuni non hanno bilanciato ad amputare nell'istante questi tumori così allacciati; altri hanno aspettato un tempo più o meno lungo prima di farne l'amputazione; altri ancora dopo aver serrato il laccio, e strangolato il polipo, lo hanno lasciato separare e cadere spontaneamente. È necessario stabilire delle regole per questi diversi metodi di operare. Allorchè il peduncolo è poco voluminoso, e di una mediocre consistenza, si deve tagliare immediatamente, dopo averlo strangolato. Ma allorquando il peduncolo è molto voluminoso e consistente, siccome potrebbe succedere, che una sola allacciatura non bastasse per strangolarlo bastantemente, e che se si tagliasse subito dopo averlo allacciato, potrebbe darsi che non fosse possibile di posarvi una seconda allacciatura, nè di stringere di più la prima, perchè il mozzicone del peduncolo risale molto in alto nella vagina, dopo che il tumore è stato amputato, è meglio perciò differire di qualche giorno la sezione del peduncolo, che di praticarla nell'istante. Frattanto non si deve procrastinarne di troppo la sezione, a fine di far cessare al più presto possibile le dolorose stirature, e gli altri accidenti che soffre la malata, e di liberarla dall' impressione della materia saniosa, e putrida che scola sulle parti vicine, e dall'odore insopportabile, che ella esala. Appena che il polipo è caduto, il mozzicone del peduncolo insieme con l'allacciatura che l'abbraccia rimonta nella vagina, e talvolta anche nella cavità dell'utero, essendo obbligato a seguire il fondo di questo viscere, che già rovesciato dal peso del tumore, si ristabilisce nella sua naturale situazione. L'allacciatura si separa in uno spazio di tempo più o meno lungo, secondo la

grossezza e la durezza del peduncolo: si è vista cadere il secondo, o il terzo giorno, e talvolta dopo venti giorni, e più ancora. La cura dopo l'allacciatura, o l'amputazione del tumore, consiste nel fare delle iniezioni nella vagina con un fluido ammolliente, detersivo, o antisettico, secondo l'esigenza del caso; nel prescrivere dei rimedi interni, e un regime appropriato allo stato della malata, le cui forze e salute non tardano a ristabilirsi.

Conforme noi abbiamo detto di sopra, Levret è il primo che abbia concepito, e dato esecuzione al progetto di allacciare i polipi uterini tuttora profondamente nascosti nella vagina, o nella cavità dell'utero. I primi strumenti che egli immaginò per eseguire questa operazione, quantunque se ne sia servito molte volte con successo, come pure altri pratici che ne hanno fatto uso, avevano degli inconvenienti che lo indussero ad abbandonarli, e ad inventarne un altro molto più semplice, il quale fa l'uffizio dei due primi, chiamati porta-nodo, e serra-nodo.

Questo strumento che egli fece conoscere al pubblico nel 1757 si compone di due tubi di argento saldati parallelamente insieme in tutta la loro estensione, e ciascuno dei quali ha otto pollici di lunghezza su due linee incirca di diametro: l'estremità superiore di ciascun tubo è terminata in lacrima, e nell'estremità inferiore avvi esternamente un piccolo anello, che vi è saldato. Il laccio di cui si guarnisce questo strumento, è un fil di argento a coppella ben cotto, di un quarto di linea di diametro, ed è lungo circa tre piedi.

Allorchè si vuol fare uso di questo strumento, si introduce il fil d'argento per l'estremità superiore d'uno dei due tubi, e dopo averlo fatto uscire dall'estremità inferiore, se ne fissa il capo all'anello che vi corrisponde, avvolgendovelo due o tre volte; quindi s'infila nell'altro tubo l'altro capo del filo d'argento, e si spinge in basso finchè non ne resti fuori che un' ansa della circonferenza di circa uno scudo; ma questo capo non deve essere fissato al secondo anello, come il primo; anzi bisogna che penda liberamente fuori dell'estremità del tubo, in cui è infilato. Il tutto essendo così disposto, ecco come si pratica l'operazione. La malata deve essere situata a sponda di letto con i piedi sostenuti da due seggiole, e con le coscie slargate: quindi l'operatore comincia da presentare alla vulva l'ansa sola dell'allacciatura, dirigendola nel senso di questa apertura per introdurla lungo una delle parti laterali della vagina, fra le pareti di questo canale, e il tumore; quindi egli prende il capo libero di fil d'argento col pollice, e l'indice della mano opposta a quella, che tiene lo strumento, e lo spinge a poco a poco nella vagina, facendolo salire in alto al lato del tumore, finchè non incontra una leggiera resistenza, che annunzia che l'ansa è pervenuta al fondo della vagina. Allora egli introduce un dito in questo canale dalla parte, di dove sono stati introdotti i due capi del filo d'argento, a fine di sentire se sono abbastanza distanti l'uno dall'altro; fa tirare un poco il capo libero del filo nel tempo stesso, che fa passare il polipo nell'ansa, già ingrandita dell'allacciatura, e portando lo strumento dal lato opposto, finchè non incontra una nuova resistenza. Allorchè è arrivato a questo punto, egli introduce di nuovo un dito nella vagina per assicurarsi se l'ansa del laccio è salita più in alto che è possibile, e siccome allora il pedunculo del tumore si trova abbracciato dal fil d'argento, l'operatore tiene fermo lo strumento, e tira a se l'estremità libera del filo, fino a che ne viene. Fissa questo filo all'anello che è rimasto libero, e mediante la torsione serra e strangola il pedunculo del polipo; indi inclina la parte inferiore dello strumento verso una coscia della malata, e per evitare che non si muova ve lo fissa con un nastro, il quale dopo essere stato passato attraverso i due anelli dello strumento e fissato con un nodo, lo gira intorno la coscia, e lo raccomanda a una fascia che cinge il corpo della malata. Finalmente egli ha la precauzione di situare una compressa fra lo strumento e la coscia, onde questa non ne sia lesa. In seguito egli non fa altro che reiterare sera e mattina la torsione del filo d'argento, finchè l'esigono il volume e la durezza del peduncolo del tumore.

Levret avendo riconosciuto per esperienza che l'allacciatura dei polipi volu-

minosi era quasi impossibile con lo strumento, di cui si è parlato, e che d'altronde, quando il peduncolo è nel tempo stesso grosso e solido, il fil d'argento il meglio condizionato a forza di stringerlo è soggetto a rompersi, ciò che rende l'operazione inutile e obbliga di situare una seconda allacciatura, ha fatto delle correzioni al suo strumento, o piuttosto ne ha immaginato un secondo. Questo è composto di due tubi di argento, che non hanno di comune con quelli del precedente strumento che il calibro uguale; essi sono terminati superiormente in lacrima traforata, e l'estremità inferiore presenta un bordo smussato. Questi tubi congiunti insieme, come la maggior parte delle pinzette o delle tanagliette, sono come queste corredati di due anelli nelle loro estremità inferiori. La porzione di ciascun tubo compresa fra il luogo della loro congiunzione, e l'estremità guarnita di un anello, è diritta, e lunga due pollici, e qualche linea; l'altra porzione, la cui lunghezza varia dai tre pollici fino ai cinque, secondo la grossezza del polipo, e la profondità a cui deve essere portata l'allacciatura, presenta una curva proporzionata alla sua lunghezza, ma questa curva non ha luogo che in vicinanza della congiunzione dei due tubi; il rimanente è quasi diritto, e non presenta che una leggera curva in senso contrario della prima. Con questo strumento Levret non si serviva del fil d'argento, ma bensì di un cordoncino bene incerato, lungo quattro piedi, di cui faceva passare i capi di alto in basso in ciascun tubo. Ed ecco il modo di servirsene. La malata essendo convenientemente situata, l'operatore prende lo strumento, come prenderebbe una pinzetta chiusa nell'idea di aprirla, lasciando pendere liberamente i capi dell'allacciatura, e l'introduce con precauzione nella vagina fino a che non è pervenuto al fondo di questo canale; allora egli slarga sufficientemente le branche dello strumento per far passare fra di esse il corpo del polipo, ciò che si ottiene facilmente coll'aiuto di alcune dita dell'altra mano introdotte nell'orifizio della vagina, a fine di spingere con esse il corpo del tumore verso lo strumento, nel tempo che egli porta lo strumento medesimo tutto aperto verso il tumore: quindi abbassa la mano, che tiene lo strumento, nel tempo che coll'altra tira a se i due capi dell'allacciatura, e mediante questi due movimenti insieme combinati, chiude lo strumento, e abbraccia esattamente il peduncolo del polipo. Ciò fatto, l'operatore fissa col nodo chirurgico i due capi liberi del cordoncino sull'estremità dei due tubi, e poscia unisce insieme l'estremità inferiori dei due tubi medesimi, per mezzo di un nastro, che introduce negli anelli, di cui sono corredate le dette estremità, e inclinando lo strumento verso una coscia, ve lo fissa stabilmente. Questo metodo operatorio è molto ingegnoso, ma non può servire che per i polipi di piccol volume. Se il polipo è grosso, impedisce che i tubi possano slargarsi e slontanarsi abbastanza l'uno dall'altro, per ricevere in mezzo il polipo; e d'altronde non può portarsi un laccio nella cavità dell'utero con questo strumento. Finalmente la permanenza di questi due tubi nella vagina per tutto il tempo necessario, onde il peduncolo del polipo rimanga reciso dall'allacciatura, è molto incomoda, e può cagionare degli accidenti.

Herbiniaux, mi pare che sia stato il primo, il quale abbia immaginato di allacciare i polipi facendo percorrere al laccio la circonferenza del pedunculo in modo, da formare un braccialetto attorno di esso. Gli strumenti che egli ha inventati a questo oggetto sono ingegnosissimi, e gli ha usati sovente con successo; ma siccome questi strumenti, come pure molti altri di simil genere, sono andati in oblio dopo il metodo più semplice di Desault per allacciare i polipi, io mi risparmierò di parlarne.

Gli strumenti di Desault per la legatura dei polipi consistono 1.° in una cannula d'argento, lunga circa sette pollici, del diametro di una linea e mezzo, leggermente curva, perchè si adatti facilmente alla convessità del polipo: l'estremità superiore di questa cannula è terminata in lacrima, e il bordo della sua apertura è liscio e rotondo; la sua estremità è guarnita di due anelli, che facilitano il modo di operare, e fermano il filo nell'istante, che si porta lo strumento nella vagina: noi chiameremo questo strumento cannula *porta-nodo*: 2.° in una cannula d'argento, diritta, lunga dai cin-

que ai sei pollici, che racchiude un fusto di acciaro biforcuto superiormente, e terminato da due mezzi anelli, che vengono a formare un'anello completo allorchè le branche sono chiuse: quando queste branche sono libere, si aprono per effetto della loro elasticità, e si riuniscono insieme spingendo la cannula su di esse: nell'altra estremità di questo fusto di acciaro, la quale è schiacciata, vi si osserva un'incavo, destinato a fissare uno dei capi del laccio nel tempo dell'operazione: noi chiameremo questo strumento *pinzetta porta-nodo*: 3.° in un filo d'argento lungo circa sei pollici, e di una linea di diametro, una delle cui estremità è rotonda, un poco schiacciata, la quale è piegata a angolo retto, e corredata di un foro rotondo assai grande da dar passaggio ai due capi del laccio: l'altra estremità è schiacciata, e avvi una profonda incisura, nella quale sono ricevuti i due capi della legatura: questo strumento si chiama *serra-nodo*, e bisogna averne più d'uno di differenti lunghezze.

Per servirsi di questi strumenti, s'incomincia da riunire i due mezzi anelli del fusto di acciaro, spingendo la cannula sulle branche di questo fusto; da ciò ne resulta un anello completo, in cui si fa passare uno dei due capi del laccio, composto di parecchi fili poco torti, riuniti insieme e incerati, e lungo due piedi, e si fissa l'estremità di questo capo nell'incisura dell'altra estremità del fusto, si fa passare il secondo capo del laccio, che si lascia molto più lungo del precedente, nella cannula porta-nodo; e si fissa a uno degli anelli che si trovano nella sua estremità inferiore, dopo aver riuniti insieme i due strumenti.

Le cose essendo così preparate, si procede alla operazione nel modo seguente.

La malata essendo convenientemente situata, e tenuta ferma, come per operare con gli altri metodi, s'introducono i due strumenti porta-nodo, parallelamente l'uno all'altro, fra il polipo e le pareti della vagina, dalla parte ove si trova la minor resistenza, e si spingono dolcemente e con leggieri movimenti laterali fino alla parte superiore del pedunculo, sia qualunque il luogo, ove è impiantato. Si stacca il capo del laccio fissato all'anello della cannula porta-nodo; si prende con la mano sinistra la pinzetta porta-nodo, che si tiene serrata nel tempo che prendendo con la mano destra la cannula porta-nodo, e facendole percorrere la circonferenza del polipo, si forma un braccialetto o sia un'ansa attorno del peduncolo col capo del laccio, che si è staccato dall'anello della cannula. Questa ultima, essendo ricondotta verso la pinzetta porta-nodo, l'operatore cambia di mano questi due strumenti, e l'incrocia di maniera che il capo del laccio, che porta seco la cannula porta-nodo passi al di sopra di quello, che la pinzetta porta-nodo tien fermo. Fissato così questo primo capo dal secondo e dall'estremità della pinzetta, non può più discendere nel tempo che si ritira la cannula porta-nodo. Quando si è estratta questa cannula, si scioglie il capo del laccio, che è fissato nell'incisura della pinzetta il quale non è più ritenuto allora che dall' anello di questa pinzetta medesima.

Il chirurgo sceglie un serra-nodo di una lunghezza proporzionata all'altezza del polipo, e introduce nell'apertura di questo strumento i due capi del laccio, che egli tira in basso nel tempo che spinge lo strumento fino alla parte superiore del polipo, ove questi due capi s'incrociano. Indi egli ritira un poco in basso la cannula della pinzetta porta-nodo, le cui branche allora si slargano, e l'anello nell'aprirsi lascia scappare il laccio, e permette di ritirare lo strumento divenuto inutile. La pinzetta porta-nodo essendo estratta, si spinge in alto il serra-nodo nel tempo stesso, che si tirano a se i due capi del laccio; e allorchè l'ansa in tal guisa viene a essere sufficientemente serrata, si fissano i due capi nell'incisura del porta-nodo, il quale resta nella vagina fino alla caduta del tumore.

È rarissimo d'incontrare dei polipi che non si possano allacciare cogli strumenti di Desault. Frattanto può accadere che il polipo sia così voluminoso, da impedire a qualunque strumento di penetrare assai in alto per portare il laccio sul suo peduncolo. In un caso di questa specie Baudelocque aveva proposto di rovesciar l' utero, riguardando questo rovesciamento come necessario per ottenere la guarigione della malattia.

— Una donna, dice Baudelocque, (1) rifinita da dieci anni da patimenti da perdite di sangue, da umori bianchi, e da diarree, portava un polipo così voluminoso, che riempiva tutta la cavità del bacino, e respingeva il fondo dell' utero all'altezza dell'umbilico. Da parecchi mesi impediva il corso delle orine a segno, che si era obbligati di comprimerlo con un dito introdotto nella vagina dietro il pube, e talvolta bisognava ricorrere ancora alla siringa. Era assai solido, e tutto ciò che si inalzava nel ventre al di sopra del bacino, lo sembrava ancor di più, ciò che fece credere a Louis, nostro collega, che fosse l' utero ingorgato e scirroso; mentre il polipo si limitava a ciò che era incarcerato nel bacino.

— Essendomi assicurato, mediante l'introduzione di una siringa di gomma elastica alla profondità di nove o dieci pollici, che il polipo si estendeva più lontano, proposi a questo celebre chirurgo di estrarlo col forcipe di Smellie, di cui mi ero munito, e di condurre il suo peduncolo alla vulva, a fine di poterci posare un'allacciatura; ma egli rigettò questa proposizione con tutta quella vivacità che gli era naturale, onde io mi decisi a portare questa allacciatura all' altezza dello stretto superiore, attorno una specie di collo, che presentava questo tumore: questa specie di peduncolo offriva nove pollici e un quarto di circonferenza. Ristrinsi l' allacciatura ogni giorno, e nell'undecimo una porzione del tumore sfacelata comparve esternamente; nel duodecimo si mostrò tutta la massa del tumore compresa al disotto della allacciatura, e ne feci l'amputazione; essa pesava più di tre libbre; il peduncolo bianco, e tendinoso, era ridotto alla grossezza di un pollice. Il bacino si trovò tosto ripieno di un secondo tumore ancora più voluminoso del primo, che aveva amputato. Io proposi di allacciarlo come il precedente; ma Louis vi si oppose a causa dello sfinimento della malata, la quale morì tre settimane dopo. All'apertura del cadavere si trovò l' utero perfettamente sano, occupato ancora da un polipo di due libbre e mezzo, il cui peduncolo aveva cinque pollici di circonferenza. Non è egli probabile, dietro queste osservazioni, che il rovesciamento dell'utero sarebbe divenuto la salva guardia della malata, e l'avrebbe condotta a una certa guarigione?

— Questo rovesciamento operato metodicamente non poteva avere gl' istessi inconvenienti di quello, che succede accidentalmente, e che il peso del polipo aumenta continuamente. Esso avrebbe permesso di posare l' allacciatura sul vero peduncolo del tumore, e di amputarlo immediatamente, a fine di liberar la donna dai pericoli, che avrebbe portati seco la putrefazione di una massa così voluminosa.

Herbiniaux è il primo che abbia immaginato di operare questo rovesciamento che egli ha tentato una volta, ma in un caso un poco differente da quello, in cui lo propose Baudelocque. Egli aveva fatto l'allacciatura di un polipo della grossezza del pugno, il cui peduncolo assai grosso usciva fuori dall'orifizio dell'utero, ed era così duro che resistè all'azione dell'allacciatura; sarebbe stata nacessaria una costrizione fortissima continuata per lungo tempo per strangolarlo, ma allorchè si faceva questa costrizione, nascevano dei gravissimi accidenti, che non cessavano se non si rilasciava l' allacciatura. In questo stato di cose, Herbiniaux immaginò di operare mediante delle trazioni, il rovesciamento del corpo dell' utero, a fine di potere amputare questo corpo. In questa veduta egli afferrò il tumore con una piccola tanaglia espressamente costruita, e per mezzo di moderate trazioni, pervenne a farlo scendere fino alle ninfe; ma i vivi dolori che sentì la malata, lo forzarono a sospendere questi tentativi.

Esso li ricominciò sei giorni dopo: il tumore discese assai facilmente fino alle grandi labbra, ma bisognò tirarvi sopra con molta forza per farli traversare la vulva; essendo pervenuto a questo punto, Herbiniaux non operò il rovesciamento completo, giacchè senza di questo fu in grado di esaminare la natura del polipo e del suo peduncolo: servendosi del suo serra-nodo posò un' allacciatura sul luogo stesso del peduncolo, ove aveva situata la prima; quindi amputò il tumore un dito traverso al di sotto del laccio, e

(1) *Raccol. Period. della Societ. di Med. di Parigi T. IV. pag.* 137.

nel momento stesso vidde sparire il fondo dell' utero insieme con l' allacciatura. Non ne nacque alcuno scolo di sangue, ma i gravi sintomi che aveva prodotti l' allacciatura aumentarono, e non si calmarono intieramente che dopo slentato affatto il laccio. Nel sesto giorno dopo l' operazione, l' allacciatura cadde senza alcuna emorragia. La suppurazione fu poco abbondante, e cessò nell' undicesimo giorno, e la malata si ristabilì così prontamente, che alla fine di sei settimane fu in grado di ritornare alle sue faccende.

Qualunque sia il metodo, con cui siasi fatta l' allacciatura del peduncolo di un polipo uterino, si deve sempre stringere sufficientemente per strangolare questo peduncolo, e determinare la caduta del tumore. Ma bisogna giungere poco a poco al grado di stringimento necessario per produrre questo effetto. Una forte costrizione bruscamente esercitata, potrebbe produrne dei pericolosi accidenti. Quindi è che si comincerà dallo stringere a poco a poco il laccio, e quando uno si accorge che la pressione che esso esercita non è sufficiente, si deve stringere un poco più. A tale effetto si liberano i due capi del laccio dall' apertura del serra-nodo, e si tirano in basso nel tempo stesso che si spinge lo strumento più in alto, e poscia si torna a fissare questi due capi come stavano. In tal modo si rinnuova la costrizione tutte le volte che si crede necessario fino alla caduta del polipo, la quale succede più presto, o più tardi, secondo la grossezza, e la consistenza del peduncolo. La recisione di questo peduncolo, che l'effetto dell'esulcerazione determinata dalla presenza del laccio, succede sempre nel luogo, ove questo è stato posato. Egli è così evidente che la cosa succede in tal maniera, che noi non ne avremmo neppure parlato, se Levret non avesse preteso il contrario. Secondo questo autore, (1) il peduncolo che perisce sul posto per mezzo di una allacciatura qualunque, non si stacca nel luogo ove questa è stata posata, come non cade il cordone umbilicale nel punto, ove è stato allacciato, il quale nell'ordine naturale si separa sempre nel cerchio della pelle del basso ventre, e così il peduncolo del polipo si stacca nel luogo sano presso il suo attacco, e per conseguenza al di sopra dell' allacciatura. Ma questo paragone del cordone umbilicale col peduncolo di un polipo, manca di giustezza. In fatti, il primo non traendo alcuna sostanza dal basso ventre del feto, se ne separa spontaneamente sia stato allacciato, o lasciato sciolto; ma il peduncolo del polipo traendo al contrario il suo nutrimento dal viscere che lo produce, non presenta alcun punto al di sopra dell' allacciatura, ove sperar se ne possa una separazione simile a quella del cordone umbilicale. Se si prendesse l' opinione azzardata da Levret per una regola sicura, come hanno fatto alcuni, si comprende bene quali errori ne potrebbero resultare per la pratica.

Gli effetti dell' allacciatura sul tumore sono differenti secondo la grossezza del peduncolo: se questi è sottile nasce tosto dal polipo uno scolo abbondante e di cattivo odore; il tumore diminuisce di volume, appassisce e non tarda a cadere.

Allorchè il peduncolo è grosso, il polipo si gonfia, divien rosso, e prende in seguito un colore violetto; le vene che serpeggiano sulla sua superficie distese dal sangue, di cui è impedito il ritorno, si rompono e versano una certa quantità di questo fluido, il cui scolo si ripete in alcune donne ogni volta che si ristringe l' allacciatura; ma questa emorragia è in generale poco considerabile e non indebolisce le malate. A questo scolo sanguigno, succede un flusso sanioso molto acre e di un fetido odore. Più tardi, allorchè lo strangolamento è incominciato su tutta la circonferenza del peduncolo, il polipo appassisce, comincia a putrefarsi e finisce per staccarsi.

La cura della malata deve limitarsi nel primo caso alla prescrizione del riposo, di un nutrimento leggero, e delle iniezioni detersive. L' allacciatura non cagiona quasi verun dolore, ed è raro anche che si debba stringere di nuovo; per altro se la caduta del tumore si fa aspettare troppo lungamente, e se l' allacciatura sembrasse essersi rilasciata, bisognerebbe tornare a stringerla.

Nel secondo caso, cioè quando il pe-

(1) *Gior. di med. T. XXXII. p.* 536.

duncolo del polipo è molto grosso, nell' istesso momento in cui si stringe il laccio o alcune ore dopo, nasce un dolore più, o meno forte nel luogo, ove è situata l' allacciatura. Il più di sovente questo dolore non è accompagnato da alcun altro rimarcabile accidente e non tarda a dissiparsi, dimodochè si può stringere di nuovo l' allacciatura, quando si è allentata, affinchè il polipo finisca di perire per mancanza del nutrimento. Ma le cose non vanno sempre così felicemente. Accade talvolta che il dolore prodotto dalla costrizione del peduncolo acquista un'intensità sempre crescente, si estende all' ipogastrio, agl' inguini, ai lombi, e fa temere l' infiammazione dell' utero e del peritoneo. Affine di prevenire questa infiammazione bisogna subito slentare l' allacciatura; e se questo non basta per impedirlo, si accende la febbre, il ventre divien teso e dolentissimo; la malata soffre delle nausee, dei vomiti, il singhiozzo, e in generale tutti i sintomi di una peritonite più, o meno forte. In simil caso si rilascia affatto l' allacciatura, se ciò non è stato già fatto, si ritira il serranodo, la cui presenza potrebbe mantenere l' irritazione, e si combatte l'infiammazione con i salassi dal braccio, con l' applicazione di un gran numero di mignatte sull' abdome e nelle vicinanze della vulva, con i bagni tiepidi, con le fomente ammollienti, o anodine, con i clisteri, colle iniezioni nella vagina, con le bevande diluenti e rinfrescanti, e con una severa dieta. Se si manifestano dei sintomi isterici, si ha ricorso agli antispasmodici. L' infiammazione cede talvolta a questi mezzi, e altre volte persiste malgrado il loro uso, e le malate periscono. All'apertura dei loro corpi, è stato osservato il più di sovente, che una porzione dell'utero era stata compresa nell'allacciatura.

Allorchè il peduncolo è intieramente reciso dal laccio, e che il tumore n' è rimasto separato, se egli non vien fuori da se stesso immediatamente, o nel tempo degli sforzi della defecazione, si procurerà di estrarlo con un dito, o due, e se questi non sono sufficienti, come sovente accade, o perchè il volume del tumore è troppo considerabile, o perchè scivola sotto le dita e gira nella vagina, si prenderà allora con le tanagliette, o con un piccolo forcipe.

Appena che il polipo è separato dal suo peduncolo, l' utero che era stato trascinato in basso dal suo peso, rimonta al suo posto. Immediatamente dopo l'uscita del tumore, si trova l' orifizio dell' utero più dilatato che nello stato naturale; ma questa dilatazione che è sempre proporzionata alla grossezza del peduncolo del polipo, diminuisce a poco a poco, e l'orifizio non tarda a ritornare nel suo ordinario stato. Dopo la caduta del polipo continua uno scolo dalla vagina, cui si rimedia con delle iniezioni. Gli accidenti cagionati dal polipo cessano: le forze della malata si ristabiliscono, e in poco tempo la guarigione è completa.

I diversi metodi, di cui uno si è servito per allacciare i polipi dell' utero, sono più facilmente applicabili all' allacciatura dei polipi della vagina, che hanno un peduncolo; giacchè quando essi sono attaccati alle pareti di questo canale con una larga base, è difficilissimo, e talvolta anche impossibile di allacciarli.

Del cancro dell' utero.

Il cancro dell' utero, conosciuto volgarmente sotto il nome di *ulcera,* è fra le malattie di questo viscere una delle più comuni, e più gravi, frequente almeno quanto il cancro delle mammelle, e assai più di quello degli altri organi della generazione. Questa malattia suole attaccare le donne dai 35 ai 50 anni, verso l' epoca, cioè, in cui sogliono cessare le purghe. Si citano per altro degli esempi di una più sollecita comparsa, come all' età di 20 anni, e non mancano neppure numerosi fatti che siasi manifestata dopo i 60 anni.

Le cause del cancro dell' utero, non sono meglio conosciute di quelle del cancro degli altri organi. Alcuni autori hanno riguardato come cause speciali la masturazione, la privazione assoluta e l'immoderato abuso dei piaceri amorosi; ma l' influenza di queste cause morbose non è sufficientemente dimostrata. Tutti i temperamenti sono soggetti al cancro dell' utero, e si vede manifestarsi tanto nelle donne di buona costituzione, che godono della miglior salute, come in quelle di un debole temperamento, e valetudinarie. Ma quelle, che soffrono di fiori bianchi ci sono, in generale, più esposte.

Il corso e i sintomi del cancro dell' utero presentano molte varietà. Nelle donne tuttora regolate, questa malattia si annunzia ordinariamente con un disordine nelle purghe e in quanto alla quantità, e all' epoche: le regole divengono più frequenti, più abbondanti e durano più lungamente dell' ordinario, o pure si dichiarano delle gravi perdite di sangue. Queste perdite, che si osservano più specialmente nelle donne, che da lungo tempo hanno cessato di essere mestruate, sono talvolta il solo sintoma, che esse soffrono, quantunque il collo dell' utero abbia già sofferto una grandissima disorganizzazione. Altre fortemente minacciate, o già attaccate dal cancro dell' utero, soffrono solamente uno scolo in bianco misto talvolta con del sangue, e una penosa sensazione nel tempo del coito, che è seguito da un leggerissimo scolo sanguigno.

Ai sintomi, di cui abbiamo parlato, che indicano l' invasione o il principio del cancro, si associano dei dolori purgativi o lancinanti, i quali dal collo dell' utero si propagano agl' inguini, ai lombi, alle anche e alla parte superiore delle coscie. Nell' intervallo di questi dolori, la donna sente in queste parti un senso di peso e di stiragliamento. Ella soffre pure dei dolori nella vescica e nel retto, accompagnati da disuria e da tenesmo, indi si dichiara uno scolo di muccosità dalla vagina, per cui le malate attribuiscono ai *fiori bianchi*, tutti gli sconcerti, che esse soffrono. In alcune donne poi, che sono soggette ai fiori bianchi, si sopprime questo scolo.

Quando esistono questi segni, bisogna assicurarsi dello stato del collo dell'utero per mezzo del riscontro col tatto. Il dito introdotto nella vagina sente nelle differenti parti del collo dell' utero una ineguale resistenza; in alcuni punti è molle, e duro in altri, e il suo orifizio è sovente più aperto dell'ordinario. La compressione del dito su queste parti vi risveglia quasi sempre un poco di dolore, e ne fa gemere un fluido sanioso o sanguigno, e il coito produce ordinariamente l'istesso effetto.

Quando il collo dell'utero è in questo stato, non vi rimane alcun dubbio sull'esistenza del cancro, ma se pure si potesse restare nell'incertezza, questa sarebbe ben presto dissipata dai progressi della malattia. In fatti, il collo dell' utero si altera sempre di più; la sua estremità diviene inuguale, come frangiata, più, o meno dolente, e versa del sangue nel toccarla: talvolta esso si apre ampiamente, e forma una specie d'imbuto, la cui base è divisa in più tubercoli: altre volte prende la forma di un fungo, o di un cavol fiore, ora duro, ora molle, ed in qualche modo fungoso, e gemente sangue al più leggiero toccamento. Questa specie di fungo presenta quasi sempre nella sua base uno strangolamento più, o meno profondo, che dalle persone ignoranti o poco attente è presa talvolta per un polipo dell'utero, sceso nella vagina. Io conosco parecchi esempi di questo sbaglio, e uno fra gli altri, in cui questo preteso polipo fu inclusivamente, sebbene con molta pena, allacciato. Le alterazioni, che il cancro induce nel collo dell'utero sono talmente variate, che è impossibile di descriverle tutte: queste alterazioni non si limitano sempre neppure a questa sola parte, ma si estendono ancora alla vagina, la cui parte inferiore presenta delle pieghe membranose compatte, e dure, e in alcuni casi un ristringimento così forte, che si può a pena a pena introdurci il dito.

Quando l'alterazione del collo dell'utero è giunta al segno, di cui abbiamo parlato, ne scola più, o meno abbondantemente una materia icorosa, saniosa, di cui variano molto il colore e la consistenza, ma che conserva costantemente un'insigne fetidità, la quale sola basterebbe per caratterizzare la malattia. I dolori divengono più frequenti, più vivi e più lunghi, e non si limitano all'utero solamente, ma si estendono ai lombi, alle anche, alla regione posteriore del sacro, e alla parte superiore delle coscie, e sovente sono molto più forti in queste parti, che nell' utero. L' escrezione dell'orina è assai spesso accompagnata, o seguita da dolori; l'emorragie sono più frequenti; le malate soffrono un senso d'incomodo peso, e tutti gli altri sintomi divengono più gravi in ragione dei progressi della disorganizzazione del collo dell'utero.

A misura che questa disorganizzazione si opera, i dolori divengono più vivi, quasi continui e tolgono il sonno alle malate; lo scolo che si effettua per la vagina divien putrido, se già non lo era

e porta seco una gran quantità di grumi di sangue nerastri, mescolati con una putredine eccessivamente fetida, che sembra staccarsi dalla superficie dell'ulcera; se allora si porta un dito nella vagina si trova talvolta che il muso di tinca non è più così voluminoso, anzi in luogo di un considerabile tumore, si sente una specie di caverna, formata dall' orifizio assai dilatato dell' utero, i cui bordi si confondono col fondo della vagina; e il dito penetra profondamente nella cavità del collo uterino. L'alterazione organica non si arresta sempre all'utero, ma si estende talvolta alla vagina, alla vescica, al retto e a tutte le parti vicine: l'esulcerazione di queste parti produce in alcune donne una comunicazione fra la vagina e la vescica, o fra la vagina, e il retto. Nel primo caso le donne perdono le orine involontariamente per la vagina, le cui pareti, come pure la vulva e la parte interna superiore delle coscie, essendo continuamente bagnate da questo liquido, s'infiammano, si escoriano e talvolta anche si esulcerano: nel secondo caso il continuo passaggio delle materie fecali nella vagina è un incomodo così disgustoso, che rende alle disgraziate donne, che sono vittima di questa malattia, ancor più penosa la loro esistenza.

Il cancro dell'utero si presenta in principio, siccome tutti gli altri cancri, sotto la forma di un affezione puramente locale: ma a una certa epoca più, o meno remota comincia a esercitare la sua influenza sul sistema dell'animale economia, e a complicarsi con i sintomi generali della cachessia cancerosa. Questa epoca si manifesta con i seguenti segni: dimagramento, color palido e giallastro della pelle, flaccidità delle carni, diminuzione progressiva delle forze, tristezza, scoraggimento, dissappetenza, disgusto, nausea continua, disturbo nelle digestioni, diarrea e costipazione, e il vomito degli alimenti; la respirazione è sovente disturbata, il polso è frequente e debole; sopraggiungono dei fetidissimi sudori notturni, e talvolta delle sincopi e delle convulsioni; sovente la malata diviene idropica, e perisce a poco a poco nell'ultimo grado del marasmo, e della debolezza.

La durata del cancro dell'utero è sempre lunga; ordinariamente si prolunga a qualche anno, e raramente a cinque o sei mesi. Talvolta abbondanti perdite di sangue portano via la malata molto prima dell'epoca in cui sarebbe perita per l'affezione cancerosa. La morte è il termine inevitabile di questa dolorosa malattia.

Il cancro dell'utero occupa quasi sempre il collo di questo viscere, e si riconosce facilmente per mezzo del riscontro. Talvolta per altro ha la sua sede nel corpo stesso dell'utero, ed in questo caso il dito esploratore non può arrivare a riconoscerlo; ma ordinariamente allora lo scolo di un icore fetido, i dolori lancinanti, e gli altri segni razionali conducono alla cognizione della malattia. Se si esplora attentamente il collo dell'utero, si trova sensibilmente sformato, o mettendo una mano sulla regione ipogastria nel tempo che il dito indice dell' altra mano tocca il muso di tinca, si giunge ad assicurarsi, mediante i movimenti che s'imprimono all'utero, che il suo volume è aumentato, e talvolta ancora che la sua forma è cambiata. Questi segni propri del cancro, che ha la sua sede nel corpo dell' utero, uniti a quelli che gli sono comuni col cancro del suo collo, permettono quasi sempre al chirurgo di pronunziare il suo giudizio sulla natura e la sede della malattia, da cui è attaccato questo viscere.

Vi sono diverse malattie, che presentano parecchi sintomi del cancro dell'utero, e che si potrebbero facilmente confondere con questo ultimo, se non si esaminasse la malattia con una particolare attenzione. Alcune donne hanno dei fiori bianchi fetidissimi accompagnati da tumefazione inuguale e mollezza del collo dell'utero, e da irregolarità nel suo orifizio. Questi sintomi appartengono ugualmente al cancro incipiente dell' utero; e quindi è che il chirurgo dovrà sospendere il suo giudizio, specialmente se la malattia è poco antica, e se la malata è giunta all'età, in cui si manifesta ordinariamente il cancro all'utero.

Il professor Lallement ha fatto conoscere un'altra affezione dell'utero, che offre anche essa qualche somiglianza nei suoi sintomi, con quelli del cancro di questo viscere; e questa affezione consiste nell'allungamento del collo uterino, accompagnato da fiori bianchi. Basta di essere prevenuti che questa disposizione del

collo dell'utero esiste qualche volta, per evitare di confonderla con la malattia, di cui si tratta.

L'infiammazione cronica dell'utero presenta ancora talvolta dei sintomi molto analoghi a quelli del cancro di questo viscere. La malata soffre del dolore nella regione ipogastrica, ai lombi, agl'inguini e alla parte superiore delle coscie, e un incomodo peso al podice. Ella ha una leucorrea di vario colore, e talvolta fetidissima; la regione ipogastrica è dolente al tatto; i mestrui sono disordinati, il volume dell'utero è aumentato ec. Ma nell'infiammazione cronica dell'utero non vi sono dolori lancinanti, nè i segni della diatesi cancerosa, il collo dell'utero può essere tumefatto, ma esso è molle, e non presenta delle durezze parziali; lo scolo non è mai sanioso, e il termine della malattia è ordinariamente felice.

I polipi dell' utero cagionano talvolta uno sconcerto nei mestrui, uno scolo sospetto, e un lento deperimento; ma il corso di questa affezione è differentissimo da quello del cancro uterino; giammai produce i fenomeni della cachessia cancerosa, e il collo dell' utero non è mai duro, ec.

Finalmente in alcune donne il collo dell'utero è la sede di una esulcerazione, che nasce in conseguenza di uno strappo di questa parte, o che è prodotta dal virus venereo. L'azione di queste cause è raramente oscura, e serve a rischiararne la diagnosi; in oltre, queste esulcerazioni occupano uno spazio limitato, e la loro superficie è più molle, e meno sensibile al tatto di quella delle ulceri cancerose, le quali a una certa epoca determinano una specie particolare di cachessia.

Il pronostico del cancro dell'utero è estremamente grave, sotto il doppio rapporto del termine che è costantemente fatale, e dei violenti dolori che lo precedono.

All'apertura del cadavere si trova l'utero trasformato in una materia cancerosa, molle alla superficie, e dura ancora intieramente. Questa trasformazione non occupa quasi mai tutto l'utero, ma solamente una parte di questo viscere, e quasi sempre il collo, e la parte vicina. Qualche volta si trova un' ulcera cancerosa primitiva, ricoperta di una materia putrida gangrenosa; in alcuni casi le ovaie sono atrofiche, e altre volte scirrose; in altri casi si trova che la vescica, e il retto sono attaccati dall'istessa malattia, ed esistono delle comunicazioni fra questi organi e la vagina ec.

La cura del cancro dell' utero varia secondo che la malattia è incipiente, o confermata. Nel primo caso si procura di conoscerne la causa, e si allontana, o si combatte con i mezzi che l'arte può opporle: si ricorre alle mignatte, se vi sono dei segni di pletora uterina; si applica un vescicante sul luogo, che prima occupava una affezione erpetica o reumatica ec. Se il cancro sembra avere un origine sifilitica, si prescrive la cura merculiale. Si fanno delle iniezioni nella vagina con un fluido appropriato allo stato del collo dell'utero, che si deve sempre riconoscere per mezzo del riscontro, prima d'incominciare la cura. Se esso è tumefatto, duro, dolente, e non esulcerato, si fanno delle iniezioni colla decozione di semi di lino, di teste di papavero, di foglie di morella, di cicuta, e di giusquiamo; l'acque di Barege, o altre analoghe, di cui si fa uso comunemente in simili casi, hanno l'inconveniente di produrre un grande eccitamento, e di affrettare lo sviluppo dell'ulcera. L'ordinaria maniera poi di fare queste iniezioni, le rende sovente più nocive, che utili per causa dell'urto del fluido contro il collo dell'utero. Questo inconveniente è più grande ancora quando, in vece delle iniezioni, si prendono le docce ascendenti. Le iniezioni fatte nel modo seguente ci sembrano molto migliori: si adatta a un ordinaria canna da lavativi, a cui si toglie lo stantuffo, un tubo curvo terminato in forma di un'uliva traforata; la malata essendo coricata sul dorso, col bacino sollevato mediante un sottoposto guanciale s'introduce il tubo nella vagina, senza spingerlo troppo in alto; quindi si versa il fluido nella canna, che si fa tenere in una direzione perpendicolare da un aiuto, o dalla stessa malata. Se il peso del fluido non basta per farlo uscire dai fori praticati nell'estremità del tubo, si riadatta lo stantuffo al corpo della canna e si spinge dolcemente e lentamente: in tal maniera il fluido irrora il collo dell'utero, e si può far durare questa docciatura per tutto

il tempo che si crede conveniente, riempiendo la canna più volte di seguito; quando l'iniezione è terminata, la malata deve rimanere ancora per qualche tempo nella stessa posizione, affinchè la porzione del liquido rimasta nella vagina vi soggiorni, e bagni il collo dell' utero.

Nel cancro confermato non si può avere altra veduta che di ritardare, se è possibile, i progressi della malattia, e di combattere i sintomi predominanti. Fra questi sintomi il dolore è il più molesto, ed è quello per conseguenza che merita maggiore attenzione. Si giunge a calmarlo per mezzo dell'oppio preso per bocca, o iniettato nel retto, e questa ultima via è preferibile alla prima, perchè l'oppio amministrato internamente oltre a debilitare lo stomaco e disturbarne le funzioni, aumenta la disposizione delle malate alle nausee, ed ai vomiti, che hanno quasi sempre luogo a un'epoca avanzata di questa malattia. Si inietta nel retto una o due volte il giorno secondo l'intensità del dolore, un grano di estratto acquoso d'oppio, sciolto in quattro, o cinque once di decozione di semi di lino e di teste di papaveri, o pure quindici, o venti gocce di tintura d'oppio di Rousseau, nella stessa quantità di questa decozione. Ma qualunque sia la via per cui si amministra l'oppio, si deve aumentarne progressivamente la dose, e proporzionarla alla violenza dei dolori; senza questa precauzione, questo rimedio non produce l'effetto desiderato, perchè gli organi si accostumano alla sua azione, e la dose, che prima bastava per calmare il dolore e procurare il sonno alla malata, non basta più allora. Io ho veduto delle donne attaccate da questa malattia, talmente abituate all' uso dell' oppio, che bisognava iniettare nel retto tre o quattro volte il giorno una cucchiaiata da caffè di Laudano di Rousseau per ottenere una calma momentanea. L' uso lungamente continuato dell'oppio, specialmente quando s'inietta nel retto, produce quasi sempre la costipazione, e se non si procura di prevenirla con i clisteri e con i blandi lassativi, le materie fecali si accumulano in questo intestino, vi si induriscono, e si è obbligati di estrarle per far cessare gli accidenti cagionati dalla loro presenza. Io ho osservato questo caso due o tre volte nella mia pratica.

Si consiglia parimente, in vista di calmare i dolori, delle iniezioni nella vagina di una decozione di radiche di altea, di teste di papaveri, di foglie di morella, di giusquiamo, di cicuta, o di bella donna; si fanno fare dei semicupi colla stessa decozione, e delle imbroccazioni con un linimento, in cui si fa entrare dell' oppio in dose generosa. Ma in generale questi mezzi sono poco efficaci, e le malate ne ritraggono sì poco vantaggio, che finiscono quasi sempre per renunziarvi.

Allorchè sopraggiungono delle abbondanti perdite di sangue, si prescrive la posizione orizzontale, e il riposo, delle bevande mucillagginose, astringenti, e acidulate e delle iniezioni con una decozione di rose, di china china, o con l' acqua vegeto-minerale. Si prescrive ancora un regime appropriato alle forze digerenti, e preso sempre fra le sostanze le più dolci.

Alcuni medici hanno proposto nel cancro dell' utero dei rimedi curativi tanto interni, che esterni. L' estratto di cicuta vantato da Stork ha perduta la sua reputazione, e l' ossido d' oro, proposto da Christien, medico a Montpellier non ha goduto neppure di un momentaneo credito. L' estirpazione del cancro dell'utero proposta, e praticata da Ossiander, e da altri chirurghi, è una di quelle operazioni riprovate dalle leggi della prudenza e dell' umanità; perchè non presentano che dei grandissimi pericoli. Se la maggior parte dei prudenti chirurghi esitano sovente a fare l' ablazione della mammella cancerosa, come mai potrebbero decidersi a tentare l' estirpazione del cancro dell' utero? Nel primo caso si può sempre, prima di devenire all' operazione, conoscere l' estensione del male e giudicare in modo positivo se è possibile di estirparlo in totalità; ma la cosa va bene diversamente nel cancro dell' utero, ove si conosce bene l' alterazione organica del collo, ma non si sa fino dove si estende nel corpo di questo viscere, e s'ignora se essa si propaga lateralmente alle parti vicine al muso di tinca. Se a tutte queste circostanze si aggiungano i risultamenti così generalmente fatali dei cancri esterni, si comprenderà quanto è giu-

sto il precetto di non azzardare una operazione crudele, e temeraria, in una parola, di non estirpare il cancro dell' utero.

Nel proscrivere qualunque operazione che abbia per oggetto l' estirpazione del collo dell' utero canceroso, noi non pretendiamo per altro di escludere l' ablazione dei tumori fibrosi, o fibro cartilaginosi, che si sviluppano talvolta nel tessuto del collo uterino. Noi pensiamo che l' estirpazione, o l' allacciatura di questi tumori debba essere sempre praticata, quando è possibile. Noi non confondiamo due cose così distinte, come hanno fatto assai di sovente quelli, che si sono dichiarati in favore dell' estirpazione del cancro dell' utero.

Alcuni medici hanno proposto in quest' ultimi tempi di distruggere coi caustici il cancro del collo dell' utero; essi hanno immaginato di distendere la vagina per mezzo di un curvo tubo metallico, in modo da poter riconoscere con la vista lo stato del collo, e dirigervi i caustici senza offendere la vagina. Noi ignoriamo quali siano state le conseguenze dei loro tentativi, ma siamo di opinione che giammai un chirurgo prudente potrà approvarli, o imitarli.

FINE DEL TOMO QUINTO ED ULTIMO

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE

Nel Quinto Volume.

CAPITOLO I.

Delle malattie dell' ano e dell' intestino retto. . . . . Pag. 3
Art. I. *Dei vizi di conformazione dell' ano* ivi
Del ristringimento dell' ano . . ivi
Imperforazione dell' ano. 5
Art. II. *Dei corpi estranei nel retto* 14
Art. III. *Dell' emorroidi* . . . 20
Art. IV. *Procidenza o rovesciamento del retto.* 34
Art. V. *Degli ascessi al margine dell' ano* 40
Art. VI. *Delle fistole dell' ano* . 43
Art. VII. *Della fessura o screpolatura dell' ano, accompagnata da ristringimento spasmodico dello sfintere* 50
Art. VIII. *Dei polipi del retto* . 60
Art. IX. *Delle affezioni veneree dell' ano e del retto* 62
Art. X. *Del cancro del retto* . . 64

CAPITOLO II.

Malattie delle parti genitali dell' uomo. 66
Art. I. *Delle malattie degl' involucri dei testicoli* ivi
Dell' idrocele 67
Dell' idrocele per infiltrazione, o edema dello scroto. ivi
Dell' idrocele celluloso, o per infiltrazione del cordone spermatico. 68
Dell' idrocele della tunica vaginale. 70
Della cura palliativa dell' idrocele. 74
Cura radicale dell' idrocele. . . 76
Dell' incisione ivi
Dell' escissione 77
Della cauterizzazione 78
Del setone 79
Della tasta 80
Dell' iniezione 80
Dell' idrocele cistica 84
Dell' idrocele, che si forma in un sacco erniario 86
Dell' ematocele. 87
Del varicocele o cirsocele . . . 88
Art. II. *Delle malattie dei testicoli.* 89
Delle piaghe dei testicoli . . . ivi
Dell' infiammazione dei testicoli . 91
Dell' atrofia dei testicoli . . . 94
Dell' ingorgo cronico dei testicoli. ivi
Del sarcocele o cancro del testicolo. 97
Di alcuni tumori delle borse, a cui è stato impropriamente dato il nome di sarcocele 111
Art. III. *Dei vizi di conformazione e delle malattie della verga* . 118
Vizi di conformazione ivi
Dell' imperforazione del glande e del prepuzio ivi
Del fimosi ivi
Del parafimosi 124
Malattie della verga. 132
Delle piaghe della verga . . . ivi
Dell' infiammazione della verga . 134
Dell' aneurisma dei corpi cavernosi. 136
Dei tumori duri, nodi o gangli dei corpi cavernosi 137
Dell' ulceri della verga. ivi
Dell' escrescenze, che si formano sulla verga 139
Del cancro della verga 140
Dell' amputazione della verga . . 141

CAPITOLO III.

Delle malattie delle parti genitali delle donne 148
Art. I. *Malattie delle parti esterne della generazione* ivi
Vizi di conformazione delle parti esterne della generazione . . ivi

Delle piaghe delle grandi labbra. 146
Dei tumori delle grandi labbra . ivi
Tumori sanguigni delle grandi labbra 148
Dell' edema delle grandi labbra . ivi
Delle varici delle grandi labbra. 149
Dei tumori fibrosi delle grandi labbra ivi
Dei tumori cistici delle grandi labbra 150
Dei tumori cancerosi delle grandi labbra ivi
Dei tumori steatomatosi delle grandi labbra ivi
Malattie della forcella. ivi
Dei vizi di conformazione della clitoride 151
Dei vizi di conformazione e delle malattie delle ninfe 152
Vizi di conformazione e malattie del meato orinario. ivi
Delle malattie comuni a tutte le parti della vulva 153
Art. II. *Malattie delle parti interne della generazione* 154
Dei vizi di conformazione e delle malattie della vagina. . . . ivi
Vizi di conformazione ivi
Dell' imperforazione della vagina 156
Dell' assenza della vagina . . . 158
Malattie della vagina 163
Della rottura della vagina. . . ivi
Dei polipi della vagina . . . 167
Della procidenza o rovesciamento della vagina. 168
Delle malattie dell' utero . . . 170
Dei vizi di conformazione dell' utero ivi
Delle ferite o piaghe dell' utero . 172
Dell' infiammazione dell' utero. . 173
Dei vizi di situazione dell' utero. 179
Del prolasso dell' utero ivi
Del rovesciamento dell' utero . . 183
Della retroversione dell' utero. . 195
Dell' antiversione dell' utero . . 200
Dei calcoli o pietre dell' utero . 202
Dei corpi fibrosi dell' utero . . 204
Dei polipi dell' utero. 205
Del cancro dell' utero 221

INDICE ANALITICO

A

Abbassamento delle forze. Contrindica l'ablazione immediata dei membri, violentemente contusi. Tom. I, pag. 214.

Abernethy. Ha praticato il primo con successo l'allacciatura dell' arteria iliaca esterna. I, 351.

Aceto e Acetato di piombo, considerati come repercussivi. I, 11 e seg.

Acqua, fredda, mista all'aceto, contenente dell'acetato di piombo in dissoluzione, considerato come un rimedio ripercussivo. I, 11 e seg. — Fredda, utile nella cura delle scottature, nel primo e secondo grado. — *Vegeto minerale di Goulard*, utile come sopra. I, 33. *Acqua alluminosa*, impiegata da Ledran nella prima medicatura delle piaghe. — Suoi inconvenienti. I, 40. — Uno dei più usati astringenti. — È utile per arrestare l'emorragie delle arterie poco voluminose. I, 60.

Acqua di luce. Usata con vantaggio da Fournier nella cura del tetano. — Storie relative delle malattie. I, 99. — Usata da Jussieu come rimedio interno per guarire una morsicatura di vipera. I, 216.

Addome (vedi *Ventre*).

Afte. Tubercoli biancastri superficiali, rotondi, di larghezza variabile, che occupano le labbra, le gengive, la parte interna delle guancie, la lingua, il palato, l'ugola, le tonsille, la faringe, l' esofago, lo stomaco e il canale intestinale. — Non devono essere confuse coll' ulcerette superficiali, che si manifestano sulla membrana muccosa della bocca. III, 350. — *Afte degli adulti*. — Regnano endemicamente presso qualche popolo del Nord. — Segni precursori, sintomi locali e generali della malattia. III, 352 e seg. — La cura è generale e locale; la cura generale è subordinata alla malattia, nel corso della quale compariscono le afte. — Nella cura locale si deve avere in mira di facilitare la separazione e la caduta delle croste aftose. III, 372 e seg. — *Afte dei bambini*. — Questa malattia ha ricevuto ancora il nome di fungaccio, *morbus miliaris*. — Esame dell' influenza delle cause predisponenti, ed efficienti la malattia. — Caratteri diagnostici, sintomi locali e generali del fungaccio benigno, e del fungaccio maligno, o gangrenoso. — *Cura profilattica*. — Sottrarre i fanciulli alle cause capaci di produrre la malattia. — Esame dei rimedi locali e della loro modificazione. — Cura generale; indicazioni curative. III, 373 e seg.

Agarico di querce. Annoverato tra le sostanze assorbenti, e vantato dagli antichi come eccellente per arrestare le emorragie: ma non è utile in questi casi se non è aiutato dalla compressione. I, 94.

Agglutinativi (*cerotti*). Si attaccano facilmente alle parti, sulle quali si applicano: non sono utili, che nelle piaghe superficiali. — Loro inconvenienti nelle piaghe profonde. — Materie, delle quali si compongono. — Taffettà d' Inghilterra. — Diachilon gommato. — Maniera di applicarli e di levargli. — Son utili non solo nelle piaghe semplici, ma anche in quelle che suppurano. I, 74 e seg.

Agglutinamento (*delle piaghe*). Ved. *Riunione*.

Ago (*da Cateratta*) impiegato per aprire i vasti ascessi freddi. I, 32.

Albugine. Macchia densa, situata nella sostanza della cornea tra le lamine, che la compongono, e che produce la cecità quando ne occupa il centro. — Sopraggiunge sovente nel periodo inflammatorio dell'ottalmia acuta grave. — Si sviluppa talvolta lentamente negli individui scrofolosi, o infetti di lue venerea. — *Cura*: l'istessa dell' ottalmia acuta, quanto l' albugine si manifesta nel periodo inflammatorio: cura topica, generale. III, 134 e seg.

Alcali volatile fluore. (*Ved.* Ammoniaca).

Alcool (*rettificato*). Uno dei più potenti stittici. — Consigliato per arrestare le emorragie. — Non conviene che nelle piccole emorragie. — È molto irritante. I, 94.

Alimenti. Devono essere proibiti ai malati quando l' infiammazione è molto estesa, e che occupa un organo importante. I, 16.

Allentature. *Ved.* Ernie.

Allume calcinato. Utile per reprimere le carni fungose delle ulceri provenienti da bruciature. I, 71. — Consigliato per eccitare la superficie delle piaghe, che suppurano. I, 87.

Amari. Impiegati nella cura profilattica degli ascessi per congestione. I, 38.

Amaurosi (*o gotta serena*). Diminuzione, o perdita della vista, prodotta dalla debolezza, o dalla paralisia della retina o del nervo ottico. — *Cause*. Irritazioni, o infiammazioni dell'occhio, contusioni, soppressione di flussi antichi, ripercussioni. — *Segni diagnostici*. Turbamento e illusioni della vista, grandezza, immobilità della pupilla, immobilità dell'occhio. III, 155 e seg. — *Pronostico*. L'amaurosi è sempre una malattia grave, d'incerta durata, e termina sovente tristamente. — *Cura*. Se l' amaurosi è sintomatica, dirigere la cura contro la malattia primaria. — Se è idiopatica, combatterne subito la causa presunta. — Stimolanti, vapori di ammoniaca, balsamo del Fioravanti, fumo di tabacco, fomente aromatiche e spiritose, elettricità, vessicanti, moxa, scarificazioni: apertura dell' arteria temporale; bevande coll'arnica ec. III, 158 e seg.

Ambulante (*erisipela*). Si porta rapidamente da un luogo ad un altro, e dall'esterno ad un organo interno importante alla vita. I, 260.

Ammollienti. Utili nel caso in cui i ripercussivi non sono indicati. Loro proprietà. Loro effetti. Maniera d' impiegarli. I, 24. — Applicati sulla parte vulnerata sono sembrati vantaggiosi nel caso di tetano. I, 24. — Sono associati ai risolventi con vantaggio in qualche caso. I, 31.

Ammoniaca. Consigliata internamente per richiamare in vita gli assiderati dal freddo. I, 92. — È il rimedio il più efficace nella cura del tetano. — Dose, a cui deve amministrarsi. — Suoi effetti. — Storie delle malattie che provano la sua efficacia. I, 19. — Impiegata da Jussieu per guarire una morsicatura di vipera. — Consigliata dall'autore. — Maniera di amministrarla. I, 218 e seg.

Amputazione delle membra. Circostanze nelle quali bisogna ricorrere all'amputazione delle membra. II, 508. — Qualunque sia il membro da amputarsi e il luogo dell' operazione, si deve sospendere il corso del sangue nell' arteria principale del membro nel tempo che si opera, e quando l'operazione è fatta, opporre un ostacolo all' uscita del sangue dalla estremità dei vasi recisi. 509. — Ambrogio Pareo è il primo che abbia formalmente raccomandato di allacciare il membro, per arrestare l'emorragia nel tempo dell'operazione. — Apparecchio impiegato da questo chirurgo, 509. — Garot de Morel. 510. — Turnaquette a palla usato dai moderni. 510. — Turnaquette di G. L. Petit. 511. — I chirurghi moderni si servono della mano di un aiuto intelligente per arrestare il sangue nel tempo dell' operazione. III, 513. — Mezzi usati dai chirurghi antichi per arrestare il sangue dopo l'amputazioni. — Cauterizzazioni: allacciatura dei vasi inventata dal Pareo, e come la praticava. — Allacciatura immediata e mediata; circostanze nelle quali il Pareo preferiva l' una all' altra. — Allorchè l'amputazione è terminata, si procede all'applicazione dell'apparecchio. III, 514.

Amputazione circolare della coscia. — Apparecchio necessario per quest' operazione. III, 508 — Dev'es-

sere fatta più in basso che la malattia lo permette. — Situazione del malato e disposizione degli aiuti. III, 508. — Metodo operatorio degli antichi: modificazioni di G. L. Petit. 508. — Retrazione dei muscoli; cause ed effetti di essa. 502. — Metodo operatorio dei moderni. III, 503 — Maniera di praticare la sezione dell' osso. Allacciatura dei vasi: maniera di afferrare e di allacciare le arterie. 504 e seg. — Riunione per prima intenzione; questo metodo è generalmente adottato dagl' Inglesi: maniera di praticarla; suoi inconvenienti. 506. — Medicatura usata dai chirurghi del Continente, adottata e descritta dall' autore. III, 508. — Situazione del moncone, allorchè il malato è riportato nel suo letto. Cura generale. Epoca, in cui si deve levare il primo apparecchio, maniera di fare la seconda medicatura. 509. — Epoca, in cui cadono i lacci. Condotta da tenersi dal chirurgo quando l' osso rimane prominente denudato, o senza denudazione. — Precauzioni che si devono prendere prima di venire alla risecazione dell' osso. III, 511 e seg.

Amputazione a lembo della coscia. Vi sono due modi per praticare quest' operazione, quello di Ravaton, e l' altro di Vermale. Descrizione di ambedue. Maniera di terminare l' operazione. III, 512 e seg. — Il metodo di Vermale è preferibile a quello di Ravaton, motivo di questa preferenza. L'amputazione a lembo non sempre previene la prominenza dell' osso. III, 513 e seg.

Amputazione circolare della gamba. Si amputa la gamba a quattro dita traverse circa al di sotto della tuberosità anteriore della tibia. III, 514. — Apparecchio necessario per quest'amputazione. 514. — Modo di sospendere il corso del sangue nel membro. 515. — Processo operatorio; modificazione introdotta da Beclard nella maniera di segare la tibia. III, 516 e seg. — Allacciatura dei vasi; medicatura della ferita. III, 517 e seg.

Amputazione della gamba a lembi. È stata immaginata da Lowdham chirurgo di Oxford. III, 517. — Maniera di praticare quest' operazione. 518 e seg. — Questo metodo è caduto in oblio. III, 519.

Amputazione del braccio. L' amputazione del braccio, come quella della coscia deve essere fatta più basso, che sia possibile. III, 521. — Processo operatorio generalmente adottato per la sezione delle carni, e dell' osso. 521. — Quest'amputazione devesi sempre per quanto è possibile praticare al di sotto dell'inserzione del deltoide nell' umero; motivi di questo precetto. 521. — Amputazione a lembo consigliata, e preferita da Louis, processo operatorio. III, 521.

Amputazione dell' antibraccio. Deve esser fatta il più basso possibile. III, 522. — Metodo operativo adottato universalmente dai chirurghi. 522 e seg. — L' amputazione a lembi è stata praticata sull' antibraccio in diverse maniere; metodo il più generalmente impiegato. III, 522 e seg.

Amputazione degli ossi del metacarpo, e del metatarso. L' amputazione nella continuità di questi ossi è preferibile alla loro disarticolazione, e si deve praticarla tutte le volte che lo permette l' estensione della malattia, che l' esige. III, 534. — Il processo operatorio non è lo stesso per tutti gli ossi del metacarpo, e del metatarso. 534. — Processo operatorio per questi ossi differenti. 534.

Amputazione nell' articolazione delle dita. Le falangi sono troppo corte per essere amputate nella loro continuità. III, 534 e seg. — Apparecchio necessario per l' amputazione della seconda, e della terza falange. 534. — Processo operatorio. 534 e seg.

Amputazione (*nell' articolazione della prima* falange *con l' osso del* metacarpo, *e quello del* metatarso *corrispondente*.) Si pratica quest' operazione per necessità, o per elezione. III, 534. — Processo operatorio. 534. — Amputazione di tutte le falangi nello stesso tempo; processo operatorio. III, 534.

Amputazione *nell' articolazione degli ossi del* metacarpo *con quelli del* carpo. Non si deve praticare quest' operazione se non allorquando la malattia, che la rende necessaria, non permette di amputare nella continuità degli ossi. III, 527. — Metodo operativo per la disarticolazione del primo osso del metacarpo col trapezio. 527 e

seg. — processo operatorio per la disarticolazione del quinto osso del metacarpo. 527. — Processo operatorio per l' amputazione nell' articolazione del secondo, terzo, e quarto osso del metacarpo. III, 527 e seg.

Amputazione *nell' articolazione della* mano *coll' antibraccio*. Circostanze, nelle quali quest' amputazione deve essere messa in pratica di preferenza a quella dell' antibraccio. III, 528. — Processo operatorio. 528 e seg.

Amputazione *nell' articolazione del* cubito. Non deve essere mai praticata. III, 529 e seg.

Amputazione del braccio *nella sua articolazione colla* scapula. Questa operazione non deve essere intrapresa, che nel caso in cui è assolutamente impossibile di amputare il braccio nella continuità dell' umero. III, 529. — È stata usata per la prima volta da Morand; processo impiegato da questo chirurgo. 529 e seg. — Metodo di Ledran. 530 e seg. — Metodo di Lafaye. — Suoi vantaggi su tutti gli altri metodi. 530. — Metodo di Desault: non è sempre praticabile sul vivente. 532 e seg. — Metodo generalmente abbracciato dai Chirurghi moderni; maniera di comprimere l' arteria assillare, di tagliare i lembi. 534. — Metodo di Desault modificato da Larrey. 540.

Amputazione *degli ossi del* metatarso. Questi ossi possono essere amputati nella loro lunghezza, o nella loro articolazione coll' osso del tarso. III, 534. — Non si deve ricorrere alla disarticolazione di questi ossi che allorquando la malattia rende assolutamente impossibile l' amputazione nella loro continuità. 534. — Processi operatori impiegati per questi differenti ossi. 534.

Amputazione *parziale del* piede. Può essere praticata nell' articolazione del quinto osso del metatarso cogli ossi del tarso, o in quella dello scafoide coll' astragalo, e del cuboide con il calcagno. III, 534. — Garangeot parla il primo di quest' amputazione. III, 535 e seg. — Metodo di Lisfranc; è preferibile al metodo di Chopart. III, 535. — Metodo di Chopart, amputazione parziale del piede nell' articolazione dell' astragalo con lo scafoide, e in quella del calcagno col cuboide; vantaggi, e inconvenienti di questo processo operatorio. 535 e seg. — L' amputazione del piede nella sua articolazione colla gamba, e quella della gamba nell'articolazione del ginocchio sono riprovate da tutti i pratici. 535.

Amputazione *della coscia nell' articolo*. È la più grave di tutte le operazioni della Chirurgia, la possibilità n'è stata preveduta da Morand. 535. — È stata praticata per la prima volta da Barbette; in quali circostanze. III, 540. — È stata fatta da Baffos su un fanciullo di 7 anni. 540. — Processo operatorio di Barbette. 541. e seg. — Processo operatorio di Larrey. 543 e seg. — Modificazioni proposte dall'autore. 544 e seg. — Esposizione dei casi che reclamano imperiosamente l' amputazione della coscia nell' articolo. 544.

Amputazione. Può essere praticata su dei tessuti gangrenati, in certi casi di gangrena secca I. 117, l' amputazione del membro ferito è stata suggerita per guarire il tetano. I, 167 e seg.

Amputazione (*nelle ferite d' arme a fuoco*.) Conviene tutte le volte, che un membro è stato totalmente, o quasi totalmente asportato. — Allorchè la ferita essendo considerevole, vi sarà fracasso enorme di ossi, discussione di questa per massima. — Deve esser praticata nel luogo di elezione, e sempre sulle parti sane. — Opinione degli Autori sulla questione di sapere se l' amputazione deve essere eseguita subito o dilazionata. — Opinione di Faure, combattuta da Boucher, discussa, e confutata dall' Autore. Deve essere praticata sull' atto; ragioni di questo precetto. I, 190 e seg. — Consigliata nelle ferite di arme a fuoco ogni volta che la consolidazione dei frammenti è impedita dall' abbondanza, e dalle qualità deleterie della suppurazione. I, 193 e seg.

Anchilosi. Stato d' un' articolazione diatrodiale, in cui i movimenti degli ossi, che la compongono sono intieramente aboliti, o impediti all' estremo. Si distingue in vera, o completa, e in falsa, o incompleta. — Può attaccare molte articolazioni, e talvolta tutte quelle del corpo insieme. — *Cause*: l' immobilità di un'articolazione continuata per lungo tempo: una malattia dell' articolazione;

allorchè l' articolazione è tenuta lunga pezza immobile, la secrezione della sinovia diminuisce, le faccie articolari perdono la loro levigatezza, i ligamenti, e i tendini si irrigidiscono; se l'articolazione si infiamma, le superfici articolari contraggono dell' aderenze fra loro, e dei punti ossei non tardano ad unirle. — L' anchilosi, che sopraggiunge in seguito di fratture origina sempre dall' immobilità in cui è rimasto il membro, o dall' infiammazione, che s' è diffusa fino all' articolazione; e non dallo stravaso del sugo osseo nella cavità articolare, come lo credeva G. L. Petit. — Le lussazioni, le ferite degli articoli, l' idartro, e sopraltutto i tumori bianchi sono le cause più frequenti dell' anchilosi. — Questa stessa malattia può aver luogo, quando la pelle, e il tessuto cellulare circumambienti un' articolazione sono stati distrutti dalla gangrena, o da una bruciatura, e n' è successa l' aderenza dei tendini. — Il medesimo accidente può dipendere dall' incrostamento dei ligamenti col fosfato calcareo. II, 429 e seg. — *Segni diagnostici*: Impossibilità, o quasi impossibilità di fare eseguire dei moti a un' articolazione. — Si conosce che è completa dai commemorativi seguenti; frattura in prossimità dell' articolazione; infiammazione intensa della membrana sinoviale, tumor bianco. II, 438. — *Prognostico*: L' anchilosi dipendente dalla riunione dell'ossa in seguito di un tumor bianco, di una ferita dell' articolazione, e in generale da tutte le malattie articolari, nelle quali gli ossi sono cariati, è assolutamente incurabile. — L' anchilosi falsa, o incompleta cede quasi sempre ai soccorsi dell' arte. Considerata in se stessa l' anchilosi non è pericolosa. II, 439 e seg. *Cura*: Si riferisce soltanto alla falsa anchilosi. Restituire ai ligamenti, e ai muscoli la loro flessibilità, e loro estensibilità naturali col mezzo di fomentazioni ammollienti, di doccie di acqua calda, o leggermente eccitante, o di embroccazioni oleose. — Quando i ligamenti e i muscoli cominciano a rilasciarsi, fare eseguire dei movimenti graduati insensibilmente all' articolo anchilosato. Utilità de' mezzi meccanici per allungare i muscoli retratti. II, 440 e seg.

Anel. Inventore del metodo di operare gli aneurismi, che consiste nel legare l' arteria al di sopra del tumore senza aprirlo. Operazione, che fece a Roma. — Suo metodo rimesso in voga da Molinelli, e Desault. — Perfezionato da Hunter. I, 288 e seg.

Aneurisma. Definizione. — Distinto in aneurisma vero, e in aneurisma falso primitivo, consecutivo e varicoso. Alcuni autori hanno voluto ammettere anco l'aneurisma misto. — Quest'ultima varietà deve riportarsi all' aneurisma vero antico e voluminoso; discussione su questo punto di anatomia patologica: esperienze di Hunter, Home, e Scarpa. I, 280 e seg.

Aneurisma vero. È un tumore formato dal sangue arterioso, contenuto in una porzione di arteria, le di cui tuniche sono dilatate. — La dilatazione delle tre tuniche non è ammessa da tutti gli Autori, è dimostrata da un fatto anatomico; non esiste più, dopochè l' aneurisma ha assunto un gran volume. — Caratteri anatomici dei tumori aneurismatici, e del coagulo, che racchiudono. — Dilazione enorme dell' arterie collaterali. I, 289. — Sintomi dell' aneurisma vero. — Tumore dapprima poco voluminoso. — Pulsazioni isocrone a quelle del polso. — Dolore ordinariamente poco sensibile. — Accrescimento rapido, e celere del tumore. — Ingorgo infiammatorio, assottigliamento, ulcerazione, rottura della cute. — Distensione, attenuazione, respingimento, distruzione dei tessuti circomposti. — Spiegazione dei diversi fenomeni, che accompagnano i tumori aneurismatici. I, 293 e seg. — L' aneurisma vero è qualche volta moltiplice, può affacciarsi su tutte l' arterie dell' economia animale. I, 297 e seg. — *Cause*: Sforzo laterale del sangue contro le pareti del vaso; indebolimento delle pareti del vaso dipendente da sforzi, da estensione; contusioni, curvature dell' arterie. — Caratteri speciali dell' aneurisma. — È stato preso per un ascesso da dei Chirurghi poco esperti. — Ascesso complicante un aneurisma. — Diagnostico differenziale dei tumori umorali e degli aneurismi. I, 297. — *Pronostico*: È sempre gravissimo. — Esistono dei casi di guari-

gione spontanea. — L' aneurisma è tanto più pericoloso, quanto più è situato vicino al tronco, quanto meno esistono delle branche collaterali, quanto più profondamente è situata l' arteria, quanti più disordini ha cagionati nelle parti circomposte. I, 299 e seg. — *Cura* : Deve tendere all' obliterazione del vaso. Cura palliativa: deve essere impiegata per gli aneurismi, che non si possono operare. Metodo del *Valsalva*, e d' Albertini poco efficace nella maggior parte dei casi; conta però qualche successo; deve essere abbandonato ogni volta, che si può tentare la compressione, o l' allacciatura dell' arteria. I, 302 e seg. — Compressione dell' arteria. — Modo di effettuarla. — Suoi vantaggi, e suoi inconvenienti ventilati. — Casi nei quali si può praticarla. I, 308 e seg. (Ved. *Compressione.*) Allacciatura; è il mezzo più efficacie per curare gli aneurismi. — Si pratica in due maniere, col metodo antico, o con quello detto Hunteriano. Metodo antico; porre un verrocchio sull' arteria principale; incidere nella direzione dell' arteria malata fino al tumore; aprire il sacco aneurismatico, sgombrarlo dai coaguli, che contiene. — Introdurre una tenta nella cavità dell' arteria, circondare il vaso con un filo, porre una legatura di precauzione. Stringere la prima allacciatura con un nodo semplice. — Costrizione circolare del vaso, suo schiacciamento. — Utilità dei lacci di precauzione. — Legare l' estremo inferiore dell' arteria. — Evitare di comprendere nella legatura i nervi, che sono prossimi al tumore. I, 311 e seg. — Metodo di Bertrandi riprovato. I, 314.— Metodo di Anel, ripristinato da Molinelli, abbracciato da Desault, modificato da Hunter. I, 314 e seg. — Metodo di Hunter; consiste nell' allacciare il vaso molto al di sopra del tumore. Praticato con vario successo da un gran numero di chirurghi. — È stato modificato da Scarpa, da Iones, da Maunoir, da Dubois. — Esame di queste modificazioni. — Parallelo tra il metodo antico, e il metodo Hunteriano, prelazione accordata dall'Autore a quest' ultimo nell' universalità dei casi. — Circostanze, nelle quali il metodo antico deve essere piuttosto messo in opera. I, 314 e seg. — Metodo di Brasdor, consistente nel legare il vaso al di sotto del tumore; discusso da Desault; praticato da Deschamps, e da Vernet; proscritto affatto dall' Autore. I, 314 e seg. — Medicatura necessaria dopo l' operazione; accidenti, emorragia, gangrena. I, 314 e seg.

Aneurisma falso primitivo. Definizione. — Riconosce per causa la lesione di un' arteria da un istrumento pungente. Si osserva più frequentemente nelle parti, in cui le arterie sono situate superficialmente. — *Segni diagnostici;* getto di sangue arterioso; infiltramento sanguigno nei tessuti circumambienti. — *Pronostico;* più o meno grave: accidenti che seguono la lesione d'una grossa arteria. — Indicazione curativa: procurare l'obliterazione del vaso. — La compressione sarà tentata allorquando questo vaso sarà d'un piccolo calibro, e addossato a un osso, in ogni altro caso essa non può, che palliare il male. La legatura deve essere sempre preferita; maniera di praticarla. I, 315.

Aneurisma falso consecutivo. Definizione. — Anatomia patologica; rispingimento delle parti circostanti; grumo fibrinoso; raccolta di sangue liquido; comunicazione del vaso col sacco aneurismatico. Meccanismo della formazione, e dello sviluppo dell'aneurisma falso consecutivo. Il suo aumento è meno rapido di quello dell' aneurisma vero. — *Segni diagnostici :* dedotti dai commemorativi, dalla ferita degli integumenti, dal carattere del tumore. — *Pronostico:* lo stesso dell'aneurisma vero. — L'aneurisma falso consecutivo, può dipendere da una causa interna, cioè da una lesione vitale delle tuniche *interne* d' un vaso; il pronostico è allora molto più grave, perchè può coesistere una diatesi aneurismatica. I, 318 e seg.

Aneurisma varicoso. È stato chiamato anco varice aneurismatica. Definizione. — Non è conosciuto, che dall'ultimo secolo. — Cause, e meccanismo della sua formazione; ferita d'una arteria comunicante con una vena. — Riconosce il salasso per causa la più ordinaria. — Si complica spesso di

aneurisma falso circoscritto, e intermedio. — *Segni diagnostici* tratti dai commemorativi, dalla ferita dei tegumenti, dalla situazione del tumore, e dalle sue pulsazioni; fremito particolare. — Segni diagnostici, e differenziali della complicanza d'un aneurisma falso circoscritto. — *Pronostico* meno tristo di quello degli altri aneurismi. — *Cura palliativa*; scansare gli esercizi faticosi, tenere il membro in una situazione elevata. — *Cura;* legatura del vaso. I, 322.

Aneurisma in particolare. Dell' arterie temporale, auricolar posteriore, carotide, assillare, brachiale, radiale, cubitale, femorale, poplitea (*Ved.* questi nomi).

Aneurismi *guariti dalla compressione*, *o dall' operazione* (*Osservazione d'*) I, 333.

Aneurisma *doppio* I, 350.

Aneurisma di Pott. Non è altro che un tumore fungoso sanguigno accidentale I, 352.

Aneurisma (*dei corpi cavernosi*) Ved. *Verga.*

Aneurismatica (*varice*) V. *Varice.*

Angina. Infiammazione delle glandule tonsille, e del velo pendulo del palato. È una malattia frequente, che regna talvolta epidemicamente in primavera, e in autunno. III, 361. — I sintomi dell' angina tonsillare variano secondo che ella è acuta, o cronica, lieve, o intensa, e secondo che essa occupa ambi le tonsille, o una sola; sintomi della angina tonsillare acuta. 361. — Durata della malattia, sue terminazioni. 364. — Segni, dai quali si conosce, che la malattia deve terminar per risoluzione. 364. — Per suppurazione. 364. — Per indurimento. 365. — Per gangrena. 365. — La *cura* di questa flemmasia varia secondo l'intensità della malattia, la difficoltà, che arreca alla deglutizione, e alla respirazione, e il modo della sua terminazione. — *Cura* dell' angina benigna, dell' angina grave. 365 e seg. — Condotta da tenersi nel caso che si formi un ascesso nella tonsilla. 365 e seg. — Scarificazioni consigliate per procurare un pronto sgravio delle parti. 365. — Cura nel caso, in cui si termina per gangrena. 365 e seg.

Angina gangrenosa, o maligna. Infiammazione gangrenosa della gola, accompagnata da tutti i sintomi dinamici d'una febbre putrida. — Questa angina è epidemica, e sembra contagiosa. Essa investe principalmente le persone d'una costituzione debole. III, 366. — Esame delle cause dell'angina maligna. — Prodromi, invasione, sintomi locali, generali; durata, terminazioni della malattia. 368 e seg. — Lesioni anatomiche riscontrate alla sezione cadaverica. 368. — Cura generale diretta contro le complicazioni del morbo. 368. — Cura locale antiflogistica. 368. — Uso dei purganti, e dei minorativi dopo la guarigione del male. 368 e seg.

Angina Laringéa. (*Ved.* Laringèa).

Angina laringèa edematosa. (*Ved.* Edema della glottide).

Angina tracheale. (*Ved.* Laringèa).

Ano (*Ristringimento congenito dell'*). Questo ristringimento può esistere a dei gradi variabilissimi. V, 50. — Questo vizio di conformazione è pericolosissimo, e necessita a dei pronti soccorsi. 51. — L'indicazione terapeutica è d'ingrandire l'ano a fine di rendere libera l'uscita degli escrementi. 51. — Si soddisfa a quest'indicazione introducendo dei corpi dilatanti, o praticando un' incisione; storia della malattia riportata dall'Autore. 53 e seg.

Ano (*imperforazione dell'*). Questo vizio di conformazione fa perire la maggior parte dei neonati, che ne sono afflitti. V, 5. — Sintomi particolari, da cui è accompagnata questa malattia. 5.

— *Imperforazione interna con orifizio apparente all' esterno.* In questo vizio di conformazione l'apertura dell'ano è ben conformata; ma l'ostacolo che ritiene le materie si trova situato più alto. 6. — Il pericolo è maggiore o minore secondo il sito, e la natura dell'ostacolo, che trattiene le materie stercoracee; processo operatorio. 7. — Non è spesso possibile di praticare una incisione conveniente, e il bambino non tarda a perire. 7. — *Imperforazione per una membrana che cuopre l'ano.* — In questa specie di imperforazione, l'ano è organizzato come nello stato naturale; ma una membrana più o meno

densa ne ottura esattamente l'orifizio. 7. — Quest'imperforazione è la meno pericolosa di tutte, si guarisce facilmente praticando di buon'ora un'incisione sulla membrana. 7.

— *Imperforazione senza alcuna traccia d'apertura, essendo chiuso l'ano dalla pelle.* La spessezza di quell'ostacolo è ora più, ora meno ragguardevole, secondo chè l'ano è otturato dalla sola pelle, o dalla pelle e dal tessuto cellulare, o da una specie di prolungamento carnoso. 7. — Questo vizio di conformazione è il più di frequente mortale; il chirurgo deve ad ogni costo praticare un' incisione nel luogo della presunta apertura dell'ano. 7.

— *Imperforazione dell'ano con apertura del retto nella vescica.* 8. — Si trova negli autori un gran numero di osservazioni di questa specie. 8. — Questo vizio di conformazione è assolutamente incurabile; sarebbe pericoloso di praticare un'operazione. 8.

— *Imperforazione dell' ano con apertura del retto nella vagina.* Questa specie d' imperforazione non è sempre mortale. Gli autori ne riportano dei numerosi esempi. 10. — Condotta del chirurgo in questa circostanza. 10.

— *Imperforazione dell'ano coll'obliterazione del retto.* Fatti di questo genere allegati da vari autori. 11.

— *Imperforazione senza intestino retto.* Fatti di questo genere riferiti dagli autori. 11.

— *Imperforazione dell' ano naturale accompagnato da un ano straordinario.* In questo vizio di conformazione, l'intestino, che fa la vece del retto termina in uno dei punti della circonferenza del bassoventre ove fa funzione d' ano. Fatti di questo genere citati dagli autori. 12. — Considerazioni generiche sull'imperforazione dell'ano. 13. — Ano artificiale istituito da Littre e da Duret; processo adoperato da questi autori. 13 e seg. — Modificazione introdotta da Callisen. 13.

Ano (*ascesso del margine dell'*). Questi ascessi sono frequentissimi, si distinguono in gangrenosi, flemmonosi, e tubercolosi. V, 44.

Ascesso gangrenoso del margine dell' ano. Il loro sviluppo è qualche volta spontaneo; altre volte riconoscono per causa dei corpi irritanti. V, 44. — L' apertura di quest' ascessi dev' essere fatta tostochè il tumore comincia a divenir cedevole, e presenta della fluttuazione nel mezzo. 44.

Ascesso flemmonoso al margine dell'ano. — Si manifestano qualche volta dietro una malattia acuta, di cui sembrano formare la crise; il più sovente non si può scuoprire la causa, che li ha determinati. V, 45. — Corso, sintomi di questo male. 45. — Disposizione anatomica di questi ascessi. 46. — Debbono essere aperti prontamente, e appena la fluttuazione comincia a divenire sensibile; maniera d'aprire, di medicare quest' ascessi. 46 e seg. — Segni ai quali si conosce, che la malattia non deve terminare in una fistola: condotta del chirurgo nel caso in cui la malattia finirebbe con una fistola. 46.

Ascessi tubercolosi al margine dell'ano. Dipendono quasi sempre dalla perforazione dell' intestino; prodotta anch'essa dall'infiammazione d'una emorroide interna; il più sovente degenera in fistola, cura di questo genere di ascessi. V, 47.

Ano (*fistola all'*). Esse succedono costantemente a un ascesso formato nelle adiacenze di questa parte. V, 47. — Queste fistole sono di due specie, cioè le fistole stercoracee, e le fistole non stercoracee. 47. — Sono state ancora divise in complete ed incomplete. — Parecchi autori hanno revocato in dubbio l'esistenza di fistole all' ano senza perforazione dell'intestino, osservazione dell' autore a questo soggetto. 47. — La fistola stercoracea si presenta sotto varie forme ed a motivo di queste forme ha delle particolari denominazioni. 48. — Segni diagnostici delle fistole stercoracee complete. 48. — Si può confonderle con alcune specie di fistole orinarie; *diagnostico* differenziale. 48. — Esse non sono suscettibili di guarigione spontanea; ma nel maggior numero dei casi esse possono esser curate coi mezzi chirurgici. 48. — Segni ai quali si conosce la fistola stercoracea cieca interna. 48. — I principali mezzi proposti per la cura delle fistole complete e incomplete, sono le iniezioni, le supposte medicate, i cau-

stici, la legatura, l'escisione e l'incisione. 48. — Inutilità dell' iniezioni. 48. — Le supposte medicate non convengono che nelle fistole recenti superficiali. 48. — I caustici sono adesso generalmente lasciati in abbandono. 48. L'escisione vantata dai chirurghi antichi è proscritta oggi giorno. 48. — La legatura, e l'incisione sono oggi i due soli metodi che si mettono in opera. 49. — Metodi di Foubert e di Desault per la legatura. 49 e seg. — L'incisione è in tutti i casi preferibile agli altri metodi; essa consiste nel dividere tutte le parti comprese tra il tragetto fistoloso, l'intestino e l'ano inclusive. 49. — Strumenti di cui uno si serve per questa operazione; maniera di eseguirla. 49. — Modificazioni fatte al metodo operativo, allorchè l'orifizio interno della fistola è situato a una certa altezza. 49. — Indicazioni particolari secondo le varie complicazioni delle fistole. 50. — Modo di medicatura consecutiva all'operazione. 50 e seg. — Cura delle fistole non stercoracee, che succedono a un ascesso formato nel tessuto cellulare adiposo circomposto all'ano. 51.

Ano (*fessura dell'*). Questa malattia non è stata descritta fino ai tempi moderni. V, 52. — Osservata e descritta per la prima volta dall' autore. 52. — Attacca quasi esclusivamente li adulti. — Le emoroidi ne sono la causa la più ordinaria. 52. — Principio, corso, sintomi della malattia. 52. — Questa malattia è costantemente accompagnata dalla costrizione spasmodica degli sfinteri dell' ano. 53. — Essa può essere congenita. 54. — Cura; storia delle malattie relative alla screpolatura dell' ano, con costrizione spasmodica degli sfinteri. 54 e seg.

Ano (*affezioni veneree dell'*). I, 245. (*affezioni veneree del*).

Ano contro natura. Apertura della parete addominale, dalla quale si vuotano le materie fecali in totalità. IV, 272. — Si forma il più ordinariamente dopo la gangrena dell' intestino in caso di Ernia, è talvolta ancora la conseguenza di ferite penetranti nell' addome con sortita dell' intestino, o d' un ascesso, nel quale si trova compresa una porzione, che ha contratto dell' aderenze colla parete dell'addome. 272 e seg. — Natura delle materie fecali, che si fanno strada dall' ano contro natura. 272 e seg. — Apparecchio, fasciature inventate per impedire alle materie fecali di spandersi al di fuori. 272 e seg. — L'influenza dell' ano contro natura sulla nutrizione è diversa secondo la parte del canale intestinale, in cui si trova. 273 e seg. Di tutti gli accidenti, ai quali sono esposte le persone, che emettono i loro escrementi da un ano contro natura, il più incomodo, e il più frequente è il rovesciamento, la procidenza dell' una, o di due porzioni dell'intestino, meccanismo di questo rovesciamento, e accidenti, che suscita, mezzi di rimediarvi. 273 e seg. — Lecat è il primo che abbia avuto l' idea di tentare il risanamento dell' ano contro natura, relazione di questo fatto. 274. — La sutura non può essere in questo caso d' alcuna utilità. 275. — Metodo proposto da Desault; fatto riportato dal medesimo autore in appoggio di questo metodo. 275.

Anodini (*topici*). Casi nei quali sono particolarmente indicati. — Anodini i più usitati. — Devono essere impiegati con prudenza, cagionano qualche volta degli accidenti. I, 17. — Applicati sulla parte vulnerata sono sembrati utili nel caso di tetano. 28.

Antibraccio (*frattura dell'*). Denominazione riserbata alla frattura simultanea dei due ossi dell' antibraccio. — S'osserva assai di frequente. — È prodotta direttamente, o da controcolpo. — Lo spostamento ha luogo costantemente secondo la lunghezza, e secondo la direzione del membro. — *Diagnostico* facile, deformità, dolore, impotenza, mobilità dei frammenti, crepitazione. — *Pronostico*: non ha nulla di tristo. — *Cura*: La riduzione è facilissima: compresse strette situate in avanti e indietro, dirimpetto lo spazio interosseo fascia avvoltata intorno al membro, e fortemente stretta sull' antibraccio. — Ferula anteriore, e posteriore, che si adatta a forza di fasce. — Cura relativa alle complicazioni. — Impiego della fasciatura di Sculteto nel caso di ferita. II, 78.

Antibraccio (*Lussazioni dell'*). — Possono aver luogo all' indietro, in avanti

e su i lati. — La lussazione in avanti non può effettuarsi, se non in quantochè l'apofisi dell'olecrano si rompa. — La lussazione all'indietro è più frequente. — Le lussazioni laterali sono le più difficili di tutte, a causa dell'estensione, e della disposizione delle superfici articolari. — Meccanismo della lussazione in addietro: essa si associa costantemente alla rottura dei ligamenti laterali, è talvolta quella del ligamento anulare del radio; esiste in certi casi rottura dell'arteria brachiale e del nervo mediano. — *Segni diagnostici*; flessione più, o meno grande dell'antibraccio, immobilità o mobilità estrema; eminenza formata in avanti dalla parte inferiore dell'umero, e in addietro dall'apofisi olecrano. — *Prognostico*: generalmente la riduzione è facile, e la malattia non è gravissima, quando la lussazione è stasa ridotta di buon'ora. Ma si deve pronunziare un tristo prognostico, quando la lussazione è accompagnata da lacerazione delle parti molli, da rottura dell'arteria brachiale, e del nervo mediano. — *Cura*, riduzione ordinariamente facile. Estensione, contrestensione, contrazione, secondo il metodo indicato. Quando la lussazione è antica, non bisogna ostinarsi a volerla ridurre se si incontra troppa resistenza. — Se vi è sortita dell'estremità articolari, si praticherà la riduzione, e si impiegherà la cura delle ferite complicate. Nel caso di protrusione degli ossi e di rottura dei vasi, e dei nervi, si dovrà praticare immediatamente l'amputazione. — Fasciatura in 8 di cifra, per mantenere la lussazione ridotta. — Cura antiflogistica nel caso di ingorgo inflammatorio. II, 315 e seg.

— *Lussazione in avanti*. — Non è stata mai osservata dall'autore. — Si associa sempre alla frattura dell'olecrano, alla rottura dei ligamenti. — *Prognostico* sempre cattivo; è da temersi la sopravvenienza dell'anchilosi. — *Cura*: fatta la riduzione il braccio si porrà ad angolo retto. I, 320 e seg.

— *Lussazioni laterali*. — Sono rarissime tanto a causa dei ligamenti del membro, quanto a causa della larghezza, e della solidità delle superfici articolari. Non possono esser prodotte, che da una causa estremamente potente. — Queste lussazioni sono il più spesso incomplete, e sono accompagnate sempre dalla rottura di tutti i legamenti; e spesso di quella dei muscoli, che si recono dall'umero all'antibraccio, e alla mano. — *La diagnosi* è sempre facilissima. — Prominenza formata da un lato dall'umero, e dall'altro dagli ossi dell'antibraccio, distorsione dei muscoli bicipite, e tricipite. — *Prognosi*: le lussazioni complete sono sempre estremamente gravi; le incomplete non offrono il più sovente alcun pericolo, anco nel caso in cui esse fossero sconosciute, e non ridotte. — *Cura*, la riduzione è sempre facile e non ha bisogno che di sforzi estensivi poco considerevoli. — Si applicherà la fasciatura a 8 in cifra, il braccio sarà tenuto nella semiflessione, e circondato di pezzette imbevute di un fluido risolvente. — Se sopraggiunge un'infiammazione violenta, si impiegherà la cura antiflogistica. 320.

Antibraccio. Lussazioni degli ossi dell'antibraccio fra loro. *Ved.* Radio e Cubito.

Antibraccio (*Amputazione dell'*). — *Ved.* Amputazione.

Antiflogistici. Fanno la base della cura delle infiammazioni, — Maniera di amministrarli. I. 17.

Antiscorbutici. Consigliati nella cura profilattica degli ascessi per congestione. I, 34. — Possono essere utilissimi per arrestare l'emorragia negli scorbutici. — Istorie di malattie relative. I, 52.

Antispasmodici. Riguardati come efficacissimi nella cura del tetano. I, 50.

Antiversione dell'utero. Ved. *Utero*.

Antrace benigno. È un tumore inflammatorio e gangrenoso. — Ha la sua sede nel tessuto cellulare succutaneo, e nei tegumenti. — Somiglia molto il furoncolo. Può attaccare tutte le parti del corpo. — Sintomi locali, carattere particolare del dolore del coloramento. Escara. — Barbica larga, profonda, esce a pezzi da aperture moltiplici. — Sintomi generali qualche volta gravi. — *Prognosi*, in generale poco trista, relativa all'intensità, alla profondità, alla sede, alle complicanze del morbo. — *Cura*: gli antiflogistici sono inutili, e spesso pregiudicevoli. — Evacuanti, tonici. — Cataplasmi ammollienti, to-

pici maturanti. — Escisione della pelle. I, 275.

Antrace *maligno non pestilenziale*. Caratteri speciali della parte infetta dal carbonchio. — Sintomi generali nervosi gravissimi. — Corso estremamente rapido. — S'estende profondamente nei tessuti. — Il *prognostico*: sempre estremamente tristo, varia a ragione dell'estensione, dell'intensità, e dell'andamento della malattia. — È qualche volta la crise d'una febbre di cattivo carattere. — *Cura* interna; la stessa di quella delle febbri adinamiche, ed atassiche; evacuanti, tonici. — *Cura* esterna: cauterizzazione della pustula gangrenosa; favorire la caduta dell'escara per mezzo degli ammollienti, e dei suppurativi. I, 276.

Antrace *maligno pestilenziale*. È uno dei sintomi della peste. — Non si mostra mai, che verso la metà della durata di un'epidemia pestilenziale. — Non si manifesta mai nelle parti, in cui si osservano ordinariamente i bubboni. — Sintomi locali, accrescimento progressivo del bottone gangrenoso; estensione dell'escara. — È sovente multipla. — Eliminazione della parte gangrenata. — Stessa *cura* dell'antrace maligno non pestilenziale. — L'estirpazione del tumore è inutile, e spesso pericolosa. — Le scarificazioni sono nocive. I, 276.

Aponevrosi. Non godono d'una proprietà contrattile. — Comprimono le parti tumefatte, e ne determinano l'ingorgo, e la cancrena. I, 40 e seg. — Debbono essere recise, sbrigliate nei casi d'ingorghi inflammatori considerabili. I, 43 e seg.

Apparecchio. Ammasso d'oggetti necessari per praticare un'operazione, e di cose idonee alla medicatura. — Si compone di strumenti, di fila, e di ciò che si prepara con queste, di cerotti, di compresse, di fascie, di pezze, di nastri e di macchine. II, 14.

Apparecchio compressivo. Impiegato per frenare le emorragie. — Sua descrizione. — È meno conveniente del *tourniquet* in alcuni casi. — Non deve essere applicato se non quando esiste un punto d'appoggio solido per l'arteria. I, 99.

Apparecchio (*grande*). *Ved.* Vessica (*pietre della*).

Apparecchio (*alto*). *Ved.* Vessica (*pietre della*).

Apparecchio (*piccolo*). *Ved.* Vessica (*pietre della*).

Apparecchio (*primo*). Epoca alla quale si deve levarlo. — Meno doloroso a togliersi di quello che si pensa. I, 86.

Aqueo (*umore*). *Ved.* Umore aqueo.

Aria. Produce dei gravi accidenti, quando s'introduce negli ascessi freddi, e per congestione; mezzo di prevenirne l'accesso. I, 48.

Armi a fuoco (*ferite d'*). *Ved.* Ferite d'armi a fuoco.

Archibuso (*ferite d'*). *Ved.* Ferite d'armi a fuoco.

Arterie. Si corrugano, si allungano, si rompono inegualmente nelle ferite per lacerazione, il che impedisce che abbia luogo l'emorragia. I, 152. — Le loro tuniche interna e muscolare non sono suscettive, che d'un grado leggero d'estensione. — La loro membrana interna può infiammarsi, e ulcerarsi. — Tutte le arterie possono essere investite d'aneurisma. — La loro ulcerazione può divenire la causa d'aneurismi falsi spontanei.

Arterie (*contusione delle*). È succeduta talvolta da un aneurisma falso primitivo. — Indebolisce le pareti vascolari. I, 315.

Arterie (*legatura delle*). *Ved.* Legatura.

Arterie (*ferite delle*). *Divisione trasversale completa del vaso.* — Retrazione poco considerevole degli estremi dell'arteria. — Contrazione delle pareti del vaso, diminuzione del suo calibro. — Obliterazione spontanea delle piccole arterie. — Modo d'obliterazione dei gran vasi. — Opinione di Gio. L. Petit, di Pouteau. I, 151 e seg.

Arterie (*ferite laterali delle*) S'effettuano in tre maniere. — Non impediscono alla circolazione di continuare nel vaso. — S'ingrandiscono per la retrazione delle fibre arteriose. — Si obliterano spontaneamente per mezzo d'un coagulo, secondo Gio. L. Petit; storia di malattia relativa. I, 51 e seg.

Arteria (*ranina*). La sua emorragia deve essere arrestata colla cauterizzazione. I, 55 e seg. — *Temporale, occipitale, tibiale anteriore, peronëa, radiale;* la loro emorragia può essere fre-

nata dalla compressione laterale. — *Intercostale*, *pudenda interna*; la loro emorragia non deve essere arrestata, che dalla compressione laterale. I, 55 e seg.

Arteriotomia. *Ved.* Salasso.

Articolazioni (*ferite semplici delle*). *Da istrumenti pungenti*. — *Segni diagnostici*. — Situazione, direzione della ferita, scolo della sinovia. — *Prognostico*: ordinariamente non è sinistro; nascono qualche volta degli accidenti gravi a motivo dell' infiammazione dell'articolazione. — *Cura:* riunire di prima intenzione; topici risolventi, riposo assoluto. I, 151 e seg.

Articolazioni (*ferite semplici delle*). *Da istrumenti taglienti*. — *Segni diagnostici*: soluzione di continuità delle parti molli a livello d'una articolazione; escita della sinovia al momento della ferita, e quando si comprime la parte. — *Prognosi*: poco sfavorevole allorchè la ferita è stata riunita prontamente. — *Cura*: Riunione immediata, situazione del membro relativa al luogo della frattura. — Fascia avvoltolata attorno all'articolazione. I, 152 e seg.

Articolazioni (*ferite semplici delle*). Possono complicarsi, come tutte le ferite, della presenza d'un corpo straniero, d'emorragia, di dolori vivi, di paralisi, di convulsioni, di tetano, e di infiammazione delle parti molli. — Complicanza della flogosi della membrana sinoviale. — *Cause:* movimenti comunicati alla parte, alterazione generale degli umori, stato saburrale delle prime vie; impressione dell' aria sulle superfici articolari; lesione delle cartilagini, e degli ossi; applicazioni di farmaci acri sulle superfici articolari; otturamento della ferita; errori di regime dietetico. — *Segni diagnostici:* dolore profondo più o meno vivo, tumefazione, calore dell'articolazione, suppurazione sierosa, febbre inflammatoria violenta, delirio; marcia più abbondante, ascesso, seni purulenti, febbre etica, diarrea colliquativa, in qualche caso più favorevole, diminuzione delle marcie, anchilosi. — *Prognostico:* Sempre cattivo, amputazione spesso necessaria, se gli accidenti inflammatori, e la copia delle marcie compromettono i giorni dell'infermo. — *Cura:* salassi generali, e locali, dieta, bevande ammollienti, topici ammollienti, e anodini, apertura degli ascessi appena è manifestata la fluttuazione, contro-aperture per impedire il ristagno, ed il riassorbimento del pus; iniezioni detersive per condur fuori la marcia alterata. — Nel caso, in cui un vizio scrofoloso avesse cariato le superfici articolari, gli ascessi non si dovrebbero aprire se non all'ultima estremità. — Storie di malattie congeneri. I, 153 e seg.

Articolazioni (*corpi estranei che si formano nelle*). Corpi duri rotondi, cartilaginei, che si formano nell' interno delle capsule articolari. — Non sono stati osservati dagli antichi; Ambrogio Pareo, Pechelin e Monro sono i primi che ne abbian fatta menzione. — Questi corpi possono essere moltiplici; Haller ne ha incontrati una ventina nell' articolazione della mascella inferiore. — Il loro volume e la loro forma sono egualmente variabili che il loro numero. — Più di frequente sono essi liberi nell'articolazione, qualche volta sono aderenti per mezzo d' un filo ligamentoso più o meno lungo. — La loro consistenza e intima struttura sono del pari molto svariate. — *Cause:* incertissime; secondo Monro provengono da frammenti delle cartilagini articolari, secondo altri sono formati dall' aggregazione di molecole d' una sostanza contenuta nella sinovia. — *Diagnosi:* raramente difficile, dolori più o meno vivi nell'articolazione, con, o senza gonfiamento delle parti molli circonvicine; dolore intenso nel tempo in cui il corpo straniero si frappone alle due faccie articolari; sensazione d' un corpo duro, prominente, più o meno voluminoso che esce fuor di sito con facilità, e si mostra principalmente dal lato interno dell'articolazione. — *Prognostico:* generalmente poco grave, la malattia non è pericolosa che per la operazione che richiede il più spesso. — *Cura:* indicazioni curative: fissare il corpo estraneo in un sito dell' articolazione ove non reca alcun incomodo e allorchè questo è impossibile estrarlo con una incisione fatta agli integumenti e alla capsula. — *Indicazione,* com-

pressione e immobilità dell'articolazione mentre il corpo straniero si trova in una conveniente posizione. — *Indicazione*: Maniera di praticare il taglio e d'estrarre il corpo estraneo. — Riunione della ferita di prima intenzione. — Riposo assoluto del membro. — Nel caso in cui l' infiammazione dell' articolazione diventi intensa, s'impiegheranno le deplezioni generali e locali, la dieta i topici ammollienti e anodini (Ved. corpi estranei).

ARTICOLAZIONI (*Idropisia dell'*). *Ved.* Idropisia.

ARTICOLAZIONI (*Tumori bianchi, o fungosi delle*). *Ved.* Tumori bianchi.

ARTICOLAZIONI CONTRO NATURA. Hanno luogo quando due frammenti d'un osso sono uniti fra loro mediante una sostanza cellulare e ligamentosa. II, 438. — Possono avere delle vere superfici articolari. — S'osservano più di frequente al braccio. — Mezzi proposti per ottenere la riunione immediata dei frammenti. — Fregamento delle superfici dei frammenti consigliato da Celso, vituperato dall'autore. — Resezione dei due estremi ossei, indicata e prescritta dagli antichi, praticata con successo da White, e senza successo dall'autore; è una operazione grave e pericolosa. — Setone (*Ved.* questa parola). — L'amputazione è talvolta necessaria, quando il malato trovasi nell' impossibilità di servirsi del suo arto. 438.

ASCELLA (*Ascessi dell'*). S'osservano frequentissimamente. — Sono più o meno considerevoli. — Ora acuti ora cronici. — I fenomeni della malattia sono li stessi di quelli dell' altre parti del corpo. Devono essere aperti subitochè la fluttuazione comincia a farvisi sentire. — L'istrumento tagliente è quasi il solo mezzo, di cui si servono per aprire gli ascessi dell'ascella. — I grandi ascessi di questa parte lasciano talvolta delle fistole difficilissime a guarirsi. IV, 117.

ASCELLARE (*Aneurisma dell' arteria*). Può essere vero o falso. — *Diagnosi* difficile. — È stato guarito dal Sabatier col metodo di Valsalva. — L'operazione è stata praticata senza successo da Desault e Pelletan, e con successo da Hall e da Keate. — Si deve sempre far uso del metodo d'Hunter. I, 338.

ASCESSI. Definizione. — Distinti dagli stravasi purulenti, dagli empiemi, dalle vomiche, dai bubboni. — Sono il prodotto d'una infiammazione. — Idiopatici. — Per congestione. I, 96.

Ascessi idiopatici. Flemmonosi, freddi. I, 91.

Ascessi flemmonosi. Sinonimia. — Essenziali. — Critici. — Loro sintomi locali, generali. — Segni patognomonici dell'accumulamento del pus in ascesso. — Diagnosi indiretta. — Pericolo di abbandonarli a loro stessi. — Modo di loro formazione. — Sono formati dalla dilatazione e non dalla distruzione dei tessuti. — Mezzi di favorirne lo sviluppo. — Loro maturità. I, 86 e seg. — Apertura degli ascessi. — Casi in cui bisogna lasciarne l'apertura alla natura. — Casi in cui importa di aprirli prontamente. — Epoca alla quale si deve aprirli; regole a questo riguardo. — Talvolta bisogna aprirli primachè sieno giunti ad una completa maturità; massime su questo proposito. I, 87.

Ascessi flemmonosi che occupano la profondità dei membri; loro diagnosi più difficile, loro pericolo maggiore, fluttuazione oscura: aprire quest'ascessi il più presto possibile. I, 88. — Ascesso profondo della coscia comparso dopo una febbre putrida; divenuto mortale. I, 89. — Mezzi impiegati per aprire gli ascessi. — Caustici. — Strumenti taglienti. — Luogo d' elezione per l' apertura degli ascessi. — Fare evacuare il pus mediante una leggera compressione. — Direzione, ampiezza dell'apertura. — Contro-aperture, loro utilità, luogo che devono occupare. — Precauzioni da prendersi nell'aprire gli ascessi. — Non distruggere le briglie. 89. — Medicatura degli ascessi. 90.

Ascessi freddi. Definizione. — Loro sede. — In che rassomigliano agli ascessi per congestione; in che ne differiscono. — Dipendono sempre da una causa interna. — Possono formarsi in tutte le parti del corpo. — Quali parti attaccano principalmente. I, 91. — Loro origine. — Loro sviluppo. — Loro terminazioni. — Caratteri speciali del pus che ne geme. — Natura del focolare dell'ascesso. 94. — Natura dei tumori, da cui nascono, e condotta del

chirurgo rapporto a questi tumori, 94. — Epoca, in cui si pratica la loro apertura. — La loro apertura non deve essere abbandonata alle risorse della natura. — Mezzi messi in uso per aprirli. — Medicatura che conviene. — Precetti particolari relativi all'apertura dei vasti ascessi freddi. — Setone. — Puntura. 94. — Storie di malattie relative agli ascessi freddi. 96. — Possono essere confusi con un ascesso per congestione. 96. — Reclamano un regime interno. 96.

Ascessi per congestione. — Loro definizione. — Definizione esclusiva adottata dall'autore. — Procedono sempre dalla carie delle vertebre. — Loro sintomi precursori. Sintomi locali. — Loro sede ordinaria. — Caratteri del tumore che formano. — *Loro diagnosi* differenziale. Possono esser confusi con gli ascessi freddi; storie di malattie a ciò relative. I, 96. — Rapidità del loro accrescimento. — Apertura spontanea. — Abbondanza dello scolo del pus, suoi caratteri, sua alterazione consecutiva. — Loro *prognosi* infausta. I, 98. — *Cura*, profilattica interna e esterna riesce qualche volta. — Farne prontamente l' apertura, motivi di questo procedere. I, 99. — Metodi diversi impiegati per aprirli, potassa caustica, setone, puntura. — Morte del malato inevitabile. I, 99. — Storie di malattie relative agli ascessi per congestione. 101.

Ascessi. Possono formarsi nella cavità degli ossi lunghi. — Cause, sintomi. *Cura*. I, 101.

Ascessi. Ne hanno imposto talvolta per degli aneurismi. — Storia riportata dal Dehaen. I, 102.

Ascessi (*dell' ascella*). (*Ved.* Ascella). Del margine dell'ano. — (*Ved.* Ano). — Del fegato (Ved. *Fegato*) — Del mediastino (Ved. *Mediastino*). — Delle pleure (Ved. *Pleure*). — Del petto (Ved. *Petto*). — Dei reni (Ved. *Reni*). — Della vessica (Ved. *Vessica*).

Ascessi interni. Si manifestano frequentemente negli individui che hanno una soppressione della suppurazione. — Sono la causa della soppressione della suppurazione. — Sono prodotti da una infiammazione stabilita nel luogo ove si formano. — Si formano in una maniera insidiosissima. I, 16.

Ascite. *Ved.* Bassoventre (*Idropisia del*).

Asfissia locale. Differisce dalla gangrena. Può durare molti giorni senza arrecare la morte alla parte. Storia riportata da Lamotte. — Sopraggiunge dopo la legatura dell' arteria principale di un membro. — Segni differenziali della gangrena. I, 39.

Assenza della vagina. — (Ved. *Vagina*).

Assorbenti. Proposti per arrestare le emoragie; non sono efficaci se non quando si coadiuvano colla compressione. I, 93.

Assottigliamento della pelle. È un ostacolo alla guarigione delle ferite che suppurano. — Mezzi di rimediarvi. I, 80.

Astringenti. Loro modo di azione. — Possono arrestare l' emorragia fornita dall' arterie minime. I, 92.

Ateroma. Nome dato ai tumori cistici che contengono una materia di un bianco grigio, grumoso, di una consistenza analoga a quella della pappa. I, 303. — Può essere guarito con delle iniezioni irritanti nella cavità della cisti. 309.

Ateromatosi. (Tumori) — Possono svilupparsi sulla membrana interna dell' arterie e cagionare gli aneurismi detti spontanei. I, 312.

Atrofia dei testicoli. *Ved.* Testicoli.

Attrito. Effetto dei corpi contundenti messi in movimento dalla polvere da schioppo. — Suo meccanismo. — Forma che dà alle ferite. — Impedisce il più sovente l' emorragia. — Disorganizza le carni e gli conferisce un colore peculiare. I, 122.

Auditivo (*obliterazione del condotto*). Quest' obliterazione è spesso congenita e si forma mediante una membrana. — Si deve fendere questa membrana, forarla con un trequarti, o anche cauterizzarla se fosse troppo vicina al timpano. — Questa obliterazione nasce talvolta dall' assenza totale del condotto, la malattia è allora irrimediabile. — Altre volte il condotto auditivo si trova ostrutto in una porzione della sua lunghezza dall' aderenza innata, o accidentale delle sue pareti. — Si deve distruggere le adesioni pel mezzo del trequarti e lasciare la canula qualche tempo nella ferita. III, 217.

Auditivo (*Ristringimento del canale*).

È un ostacolo all' udito, non è curabile se non quando origina dall' inspessimento delle pareti. III, 217.
Auditivo (*Schiacciamento del condotto*). È incurabile, introduzione di una canula a padiglione in questo canale. III, 217.
Auditivo (*Corpi estranei nel condotto*). Si formano nel condotto auditivo, o vengono dal di fuori. — I primi sono il resultato dell' accumulamento e dell' addensamento del cerume, e si incontrano più di sovente nei vecchi. — Gli altri sono liquidi o solidi. — Determinano spesso degli accidenti gravi, dei dolori insopportabili, del delirio, l' infiammazione, la suppurazione, la carie dell' orecchio ec. — *Cura*: fare l' estrazione dei corpi estranei; processi differenti praticati per conseguire quest' intento; strumenti diversi modificati e secondo la natura dei corpi stranieri. III, 218.
Auditivo (*Infiammazione della membrana muccosa del condotto*). *Cause*: Gli eccitanti diretti e indiretti. — *Sintomi*: Calore, rossore, tumefazione, tintinnio d' orecchie, dolore insoffribile, flusso puriforme. — *Cura*: Cavate di sangue generali e locali, instillazione di fluidi ammollienti nel condotto auditivo. III, 221.
Auditivo (*ulceri erpetiche e scrofolose del condotto*). Devono essere trattate come le malattie, da cui derivano. III, 221.
Auditivo (*Polipi del condotto*). Prendono di rado origine dal fondo del condotto. — Somigliano quelli della membrana pituitaria. — Si riconoscono con una gran facilità. — Non sono mai una malattia pericolosa. — *Cura*: legatura, strumenti taglienti, strappamento, cauterio, caustici. — Circostanze che devono determinare il chirurgo ad uno o all' altro metodo operativo. III, 223.
Auditivo (*Scolo purulento del condotto*). È più o meno pericoloso secondo il luogo, di dove viene, le cause che lo producono e le parti dell' organo che sono attaccate. — Nei bambini questo flusso è ordinariamente salubre, e non deve esser soppresso, a meno che non faccia temere un' alterazione profonda della membrana del timpano. — Il pus ha qualche volta la sua sorgente in ascessi formati nella regione mastoidea o nel tessuto cellulare che cinge la parotide. — *Cause*: natura, cura di questi ascessi. — Il pus che fluisce dall' orecchio viene qualche volta dalla cassa del tamburo che comunica col condotto esterno; la membrana del timpano è allora forata o distrutta. — Si conosce che il pus viene dalla cassa del timpano ai segni che caratterizzano ordinariamente la perforazione di questa membrana. III, 224.
Auditivo (*Nervo*). Può essere indurito disseccato, atrofizzato, compresso da un esostosi, un tumore steatomatoso, scirroso, fungoso uno stravaso sanguigno o purulento. — Effetti di questa compressione, e mezzi di rimediarvi. III, 235.
Auricolare posteriore (*Aneurisma dell' arteria*). È stato osservato nella spessezza della conca dell' orecchio, e diede luogo a dei gravi sconcerti. È difficilissimo a risanare. L'arteria dovrà essere compressa contro il cranio. I, 326.

B

Bacino (*Carie degli ossi del*). Quando succede la carie del sacro ha luogo quasi sempre nella faccia interna della pelvi, il che dà origine a dei depositi per congestione al perineo, al margine dell' ano ec. La carie attacca parimente spesso la cresta dell' ileo, la sua tuberosità è quella dell' ischio. — *Cura*: la condotta da tenersi è assolutamente la stessa di quella della carie delle vertebre, e degli ascessi per congestione. (*Ved.* queste parole). — Cauterizzazione nel caso di carie della faccia posteriore del sacro. — Istorie relative a questa malattia. II, 340.
Bacino (*divaricazione degli ossi del.*) Ha luogo naturalmente negli ultimi tempi della gestazione, e all' epoca del parto. Può essere portata al punto di permettere dei movimenti evidentissimi. — Diventa una malattia grave quand' è spinta tropp' oltre. Sopravviene

talvolta spontaneamente in seguito dell' alterazione delle cartilagini, del vizio scrofoloso. — *Segni diagnostici*; dolori nella regione del pube, negl' inguini, verso le articolazioni sacro-iliache; questi dolori diventano tanto più forti, quanto più progredisce la gravidanza, e quanto più esercizio prende la donna; progressione difficile, sovente impossibile; mobilità degli ossi innominati, crepitazione nel caso di alterazione scrofolosa nelle superfici articolari; differenza nella lunghezza respettiva dei due arti addominali. — *Pronostico* poco grave, quando il divaricamento dipende dalla gestazione; gravissimo quando è cagionato da un' alterazione scrofolosa dell' articolazione. *Cura*: Allorchè la malattia è prodotta dalla gravidanza, bisogna dapprima calmare il dolore e l'irritazione per mezzo degli ammollienti e degli antiflogistici, e dopo poi istituire la compressione intorno al bacino e prescrivere il riposo. — Nel caso che la malattia dipenda da un vizio scrofoloso, i rimedi impiegati contro i tumori bianchi delle articolaziani dovranno soprattutto esser messi in uso. II, 276.

Bacino (*Lussazione degli ossi del.*) Può esser prodotta, quantunque difficilissimamente dall'azione delle cause esterne. — Queste lussazioni sono sempre incomplete a causa dell' estensione delle superfici articolari. — *Cause*: violenza estrema esercitata sulle ossa del bacino, sulla regione del sacro soprattutto. — *Segni diagnostici*; stazione impossibile; difficoltà grandissima di muovere le estremità inferiori; dolore vivo corrispondente all' articolazioni degli ossi del bacino; ineguaglianza di livello dei due ossi del pube; mobilità degli ossi. *Prognosi*: sempre gravissima a motivo delle complicanze che l'azione della causa produce sempre. — *Cura*: tentare la reposizione dell' ossa; combattere e antivenire li accidenti inflammatori, che possono sopraggiungere. II, 276.

Bagni. Rimedio impiegato ordinariamente contro il tetano: efficace allorchè è continuato lunga pezza. I, 92. Bagno freddo vantato da Barrere e da Wright, come efficacissimo nella cura del tetano. — Impiegato comunemente nell' Indie occidentali. — Deve essere secondato dall' uso degli antispasmodici e dei cordiali. È meno efficace nel tetano traumatico. 93 e seg. — Bagni d' olio tepido proposti dagli antichi per la cura del tetano. I, 94. — Bagni alcalini preconizzati da Wenzel nella cura della medesima infermità. 98. — Storie relative. I, 98 e seg.

Balsamici. Servono a preservare il moncone dalla gangrena, allorchè l' amputazione è stata praticata nei tessuti gangrenati. I, 74. — Impiegati anticamente per favorire la consolidazione delle ferite; la loro applicazione è inutile. 78.

Barbica. *Ved.* Furuncolo e Antrace.

Bassoventre (*Ferite non penetranti del bassoventre da strumenti pungenti*). — Queste ferite non offrono nulla di grave, quando sono poco profonde, quando non dividono alcun'arteria, e non feriscono alcun nervo. IV, 145. — È raro che dei corpi estranei complichino queste ferite; se ne esistesse, se ne tenterebbe l'estrazione sull'atto. 145. — Esse sono ben di rado complicate d' emorragia; trattamento di questa complicazione. 145. — Uno degli accidenti più gravi che possano complicare le ferite non penetranti prodotte da corpi pungenti è l' infiammazione; luogo in cui si manifesta più specialmente; suoi sintomi; mezzi impiegati per combatterli. 146. — Questa infiammazione è frequentemente succeduta da ascessi nelle pareti dell'addome. — Segni ai quali si riconoscono questi ascessi. — Devono essere aperti prontamente, e piuttosto colla potassa caustica, che col coltello; ragioni di questo precetto chirurgico. 146. — *Cura* delle fistole che succedono all'apertura di questi ascessi. 147.

Bassoventre (*Ferite non penetranti fatte da strumenti taglienti*). Sono in generale meno pericolose di quelle che sono prodotte dai corpi pungenti. — Differiscono fra loro relativamente alla loro estensione, alla loro profondità, direzione, luogo che occupano agli accidenti che le complicano, e a quelli che loro succedono. IV, 147. — Uno dei punti i più importanti nella cura delle ferite non penetranti, prodotte da strumenti taglienti, è di dare una

posizione favorevole al ravvicinamento dei labbri della ferita. 147. — Avviene spesso che un'ernia si formi consecutivamente nel luogo stesso della cicatrice. 148.

Bassoventre. (*Ferite penetranti prodotte da strumenti pungenti*). Queste ferite sempre gravissime sono il più di frequente complicate 1.° d'infiammazione del peritoneo, 2.° della lesione delle parti interne. 3.° dello stravaso di qualche liquido, 4.° dello stravaso d'aria, 5.° della presenza d'un corpo straniero. IV, 149 e seg. — L'infiammazione del peritoneo s'osserva spessissimo; suo pericolo, sua terminazione per suppurazione. 149. Caratteri speciali: *segni diagnostici*, differenziali, pericolo relativo e assoluto della lesione dei differenti visceri contenuti nell' addome. 150. — Diversi liquidi possono effondersi nell'addome in seguito delle ferite penetranti, e produrre dei sintomi particolari. — Il sangue e le materie fecali sono quelli che si spandono il più sovente; l'orina e la bile qualche volta, e l'aria in qualche caso. 152. — Meccanismo dell' effusione di sangue nella cavità ventrale; sintomi peculiari di questo stravaso; sua gravità; suo trattamento. 152 e seg. — Li stravasi di bile e d' orina producono presso a poco li stessi sintomi, e con la medesima rapidità; gravità del *prognostico*; lesioni anatomiche trovate all'apertura dei cadaveri. 156. — L'effusione d'aria ha luogo più raramente di quella di cui s' è parlato; ha luogo quando lo stomaco o l'intestino è stato diviso, e quando il difetto di parallelismo della ferita dei tegumenti e di quella degli intestini impedisce la sortita dei gaz al di fuori. — Si complica ordinariamente di stravaso stercoraceo, e allora è mortale. 156. — Le ferite che interessano le parti contenute sono più gravi a ragione della loro profondità dei vasi e dei nervi, che sono stati offesi, e delle funzioni della parte vulnerata. 157. — La *cura* varia a motivo di molte circostanze: l' indicazione generale è di prevenire e di combattere gli accidenti che accompagnano queste ferite: mezzi di prevenire l'infiammazione. 157. — Lo stravaso di sangue, e di diversi liquidi contenuti nei visceri addominali. 158. — Le ferite penetranti da strumenti pungenti sono raramente complicate di corpi stranieri, massime quando hanno luogo alla parte anteriore dell'addome; è difficilissimo di riconoscerli, e pericoloso di volerne ottenere l'uscita. 159 e seg. — Qualche volta se n'è veduti uscire dall'ano. 159.

Bassoventre. (*Ferite penetranti da strumenti taglienti.*) Sono sempre facilissime a riconoscersi. — Possono essere complicate degli stessi accidenti delle ferite da strumenti di punta. IV, 159.— L' infiammazione del peritoneo è uno degli sconcerti più frequenti di queste ferite. 159. — Esse sono accompagnate dagli stessi sintomi di quelle che sono fatte da strumenti pungenti, allorchè sono complicate nello stesso modo. 159.— Il *prognostico* è in generale estremamente grave, ma pure relativo al pericolo dalla complicazione medesima. 159. — Queste ferite sono quasi tutte complicate della sortita dei visceri mobili rinchiusi nel bassoventre. 160.— Riduzione degli intestini; metodo di riduzione; operazioni preliminari, strumenti di cui il chirurgo deve servirsi, medicature susseguenti. 160. — Le ferite penetranti da strumenti taglienti sono talvolta complicate della protrusione di una porzione d' omento. — Riduzione di quest' organo. — Accidenti che suscita la sua aderenza ai labbri della ferita. — Condotta che deve tenere il chirurgo, allorchè l' omento è strozzato nella ferita, e la riduzione non può essere praticata. 162. — Si deve rinunziare alla legatura dell'omento. 164. — Natura e causa degli accidenti che provoca in seguito l' adesione dell' epiploon colla ferita. 164. — Condotta del chirurgo nel caso di ferita dell' intestino (*V.* stomaco; intestino.) 165. — Allorquando si sono ridotte le parti fuoriuscite, uno deve occuparsi della riunione della ferita della parete addominale; questa operazione ha ricevuto il nome di gastrorafia (*ved.* questo nome.) 165.

Bassoventre. (*Contusione del*). La contusione delle pareti dell'addome, allorchè non è concomitata da quella dei visceri addominali non produce ordinariamente alcun accidente, e non

offre veruna indicazione particolare. IV, 171.

Bassoventre. (*Ferite contuse del*). Queste ferite fatte da strumenti contundenti sono semplici o complicate; *cura* delle ferite semplici e delle complicazioni. IV, 172. — Le ferite d'arme a fuoco delle pareti del bassoventre che interessano le sole parti molli, non presentano sempre dell'indicazioni e dei sintomi particolari. — Le ferite non penetranti nelle quali è interessata la colonna vertebrale, sono più, o meno gravi secondo il grado di lesione delle vertebre e della midolla; queste ferite esigono delle incisioni profonde, ed estese in diversi sensi per sbrigliare le aponeurosi, ed estrarre i corpi stranieri. 172 e seg. — I corpi contundenti che percuotono il bassoventre senza penetrarne la cavità, diffondono sempre la loro azione ad alcuni visceri, e conducono quasi sempre alla morte. 173. — L' infiammazione d' una porzione di tubo intestinale prodotta da una contusione sul bassoventre, può dare luogo consecutivamente all'inspessimento delle pareti dell'intestino, e al ristringimento del suo diametro; osservazione allusiva di *Braillet*. 174. — I corpi contundenti che agiscono su i visceri del bassoventre penetrandone la cavità sono il più ordinariamente dei corpi messi in moto dall'armi a fuoco. 177. — Le ferite che infliggono questi corpi diversificano molto tra loro a motivo degli organi, che sono interessati, dalla grandezza e dalla profondità della lesione, della presenza del corpo vulnerante, e di quelli che ha trascinato nella ferita. 177. — Segni ai quali si riconosce la contusione, o la perforazione dell'intestino. 178 e seg. — Pericoli della lesione degl'organi contenuti nel bacino. 178. — Cura di queste diverse ferite. 179. — Indicazioni speciali che presentano le ferite d'armi a fuoco che interessano il retto. 180. — Non devesi rintracciare i corpi estranei se non quando non evvi alcun rischio di ferire i visceri nello stesso tempo. 180. —

Bassoventre (*erisipela del*). Non presenta alcuna indicazione particolare. IV, 180. —

Bassoventre (*flemmone del*). Non differisce da quello dell'altre parti del corpo. — Si deve praticare per tempo l'apertura degli ascessi. — Fenomeni particolari dell'infiammazione dello strato cellulare che riunisce il peritoneo ai muscoli addominali; collezioni purulente enormi che ne sono le conseguenze. — Sarebbe imprudente d'abbandonare alla natura l'apertura di questi ascessi. IV, 180. — L'infiammazione che ha la sua sede nel tessuto cellulare che unisce il peritoneo ai muscoli psoas e iliaco, è stata nominata in quest'ultimi tempi psoite, o psoitide (*V.* questo nome). — Durata, corso, terminazione, cura di questo flemmone. 180. —

Bassoventre (*furoncolo, antrace, scirro, natte del*). Non offrono alcuna indicazione particolare. IV. 180. —

Bassoventre (*deposito latteo*, *o linfatico del*). S'è dato questo nome a certi ingorghi del tessuto cellulare dell'addome, ai quali sono soggette le puerpere. — Le donne, il di cui parto è stato laborioso, hanno da temere quest'ingorghi più delle altre. IV, 195. — Si terminano il più sovente per suppurazione. — Il *prognostico* di quest'ingorghi è subordinato alla loro situazione, e alla loro intensità. 195. — Nella *cura* di questa malattia si deve avere in vista di favorire la risoluzione dell'ingorgo, e quando questa terminazione non è possibile, di sollecitare la formazione del pus e di evacuarlo quando è formato. 196.

Bassoventre (*Idropisia del*). Vi sono due specie d' idropi del bassoventre, nell' una la sierosità è stravasata nella cavità del peritonèo (*ascite*): nell'altra è contenuta in una cisti formata accidentalmente (*idrope cistico*) IV, 358.

Bassoventre (*idropisia ascite del*). Quest' idropisia è la più comune di tutte, e può aver luogo a tutte l' epoche della vita. IV, 349. — Ell' è ora essenziale o primitiva, ora secondaria o sintomatica. 349. — Caratteri particolari sotto i quali si presenta questo tumore; sintomi generali concomitanti. 349. — La *diagnosi* dell' ascite offre raramente delle grandi difficoltà; si deduce dalla intumescenza del ventre, e dalla fluttuazione che vi si riscontra. 350. — Può essere confusa colla gravidanza, e

alcune affezioni dell' utero; *diagnosi* differenziale. 350. — Si distingue sempre facilissimamente dalla timpanitide. 351 e seg. — È estremamente difficile in un certo numero di casi distinguerla dall' idrope cistico. 351. — Allorquando la cura interna dell'ascite è stata senz' effetto, bisogna sgombrare l' addome dal liquido, che contiene per mezzo della punzione, o paracentesi. — Utilità di questa operazione. 351. — La puntura deve essere praticata tostochè la collezione sierosa è assai considerabile, per non essere esposti a ferire le parti interne. 352. — Descrizione del trequarti, strumento impiegato per eseguire la punzione. 352. — Situazione del malato per l' operazione. 352. — Luogo d'elezione, in cui deve esser fatta la paracentesi. 353. — Processo operatorio. 353. — La quantità di siero, che si cava dal ventre colla punzione è estremamente variabile, e può essere considerevole. 355. — È raro all' estremo, che la puntura sia susseguita da emorragia; maniera d' arrestare quest' emorragia se avesse luogo. 355. — Mezzi diversi proposti per impedire la recidiva dell'ascite. 356. — Iniezioni irritanti proposte da Brunner; successo ottenuto da Warrick. 356. — Punture proposte per evacuare il liquido, che distende il tessuto cellulare dei membri. 351.

Bassoventre (*Idrope cistico del*). Si chiama idrope cistico quello che è formato dalla sierosità contenuta in un sacco, o cisti particolare. IV, 358. — Questa malattia si forma spessissimo nelle ovaja, e specialmente nel sinistro. 358. — Non ha sempre la sua sede nell'ovajo stesso, e si trova talvolta sotto la membrana, che lo riveste. 358. — Caratteri anatomici di questa sorta di cisti. 358. — L' idrope dell' ovajo è rimarcabile soprattutto per la lentezza del suo corso, e per la sua durata. 358. — *Segni diagnostici*: tratti dallo sviluppo graduale dei tumori, e dalle lesioni di funzioni, che ne sono la conseguenza. 358 e seg. — *La diagnosi* è difficilissima sino a che i tumori non abbiano acquistato uno sviluppo considerabile. 359. — L' idropisia saccata dell' ovajo è quasi sempre incurabile, e può esistere lungo tempo senza verun pericolo. 359. La riassorzione del liquido e la sua eliminazione per mezzo dell' orina, e del secesso si osservano qualche volta. 360. — I farmaci interni non hanno in generale alcuna efficacia nella cura di questa infermità. 360. — La puntura della cisti è spesso onninamente inutile, e può essere succeduta da grandissimi pericoli. 360. — Non si deve mai praticare la punzione dell' ovajo collo scopo di rallentare i progressi del morbo. 360. — La paracentesi è stata qualche volta seguita dalla guarigione dell' idrope cistico dell' ovajo; ma questo caso è estremamente raro. 361. — Processo di Ledran consistente nel praticare una incisione nella parte la più declive del tumore, e introdurvi una canula. Questa pratica è condannata dall' Autore. 361.

Bevande (*Antiflogistiche*). Devono essere amministrate in gran quantità nel corso dell' infiammazioni gravi. I, 35. — Acide, irritano nell' inverno l' organo polmonare. I, 34. — Diluenti, proposte nella febbre, che accompagna la gangrena di Spedale. I, 102. — Spiritose, acide, toniche raccomandate nella gangrena di Spedale. 102.

Biliari (*Calcoli*). Concrezioni solide formate dalla bile addensata e da una materia concrescibile, oleosa, analoga al grasso di balena. Si trovano ora nella sostanza del fegato, ora nei recipienti della bile. IV, 202. — Sono di forma, di colore, di volume variabili. — Possono rimanere lungo tempo, e in gran numero nella vessichetta del fiele senza causare degli accidenti 203. — I calcoli biliari angolosi, ineguali, soffermati nelle vie biliari producono spesso la colica epatica, rimedi impiegati contro questo sintoma. 204.

Bisturino a lama stretta, preferito all'ago da cateratta per l'apertura degli ascessi freddi. I, 24. — Maniera di tenere il bisturino secondo le diverse incisioni, che si pratica. 24.

Bocca (*Imperforazione della*). Questa malattia, che può essere congenita, richiede i più pronti soccorsi, e immediatamente devesi praticare un'incisione orizzontale sul solco, che segna il luogo in cui dev' essere l' apertura della bocca. — Si dovrà ancora distruggere le

aderenze viziose delle labbra. — Il ristringimento della bocca non deve esser confuso coll' occlusione parziale; quello dipende talvolta da cicatrici di bruciature, altre volte dalla costrizione spasmodica del muscolo orbicolare. Si rimedia al ristringimento resultante da una scottatura, o dall' ablazione d' un grosso tumore fendendo trasversalmente le commettiture, e opponendosi alla loro coalizione. III, 282.

Boerahve. Sua teoria dell' infiammazione discussa, I, 13 e seg.

Bottoni carnosi. Epoca in cui compariscono. Il loro stato è sempre in rapporto costante colla qualità del pus. I, 177. — Sono stati riguardati a torto come una vera rigenerazione delle carni. — Sono il resultato dell' infiammazione della rete vascolare. — Non offrono alcune traccie di fibre. I, 177.

Boucher riferisce un caso di guarigione d' epilessia coll' operazione del trapano. III, 43. — Riporta un gran numero di esempi di ferite d' armi a fuoco, con stritolamento considerabile degli ossi, che sono risanate senza amputazione. I, 189. — Pensa, che l'amputazione debba esser eseguita sull' atto nelle ferite di armi a fuoco, allorchè è giudicata necessaria; combatte l'opinione di Faure. 190.

Braccio (*Lussazione del*) *Ved.* Umero.

Braccio (*Frattura del*) *Ved.* Umero.

Braccio (*Amputazione del*) *Ved.* Amputazione.

Braccio (*salasso dal*) *Ved.* Salasso.

Brachiale (*Aneurisma dell' arteria*). È ordinariamente falso, e determinato da una causa esterna. *Diagnosi* facilissima. — *Cura* colla compressione, e colla legatura. — Processo operatorio per operare l' aneurisma. — Metodo di Hunter. — Metodo antico. I, 329.

Brasdor. Suo metodo per l' operazione dell' aneurisma, consistente nel legare il vaso al di sotto del tumore. — Discusso da Desault. — Praticato da Vernet, e da Deschamps. — Intieramente proscritto dall' Autore. I, 325.

Briglie (*degli ascessi*). Loro natura — Non devono essere distrutte in modo alcuno. I, 85.

Brividi. Indicano nel corso d' una flemmasia, che la suppurazione si forma. I, 165.

Broncotomia. Consiste nel fare un' apertura nel condotto della respirazione per dare passaggio all' aria intercettata da una causa qualunque, o per estrarre un corpo estraneo che s' è introdotto in questo canale. Questa denominazione s' usa ancora per designare la sezione della laringe. IV, 25. — Descrizione dell' operazione della laringotomia. — *Ved.* Laringotomia. — Descrizione del processo operatorio messo in pratica, per la tracheotomia. — Introduzione d' una canula per favorire la respirazione. — Descrizioni, e usi del trequarti di Deker. — Broncotomo di *Bauchot*, sua descrizione, suoi usi.

Burro di antimonio. Maniera di applicarlo sulle parti. — Sua maniera di agire. I, 218. — Anteposto agli altri caustici per la cura delle ferite da morsi di animali velenosi, e rabidi. I, 216.

C

Calcagno (*Fratture del*). Hanno luogo il più sovente per l' azione muscolare. — Si effettuano tra l' articolazione con l' astragalo, e l' estremità posteriore. — Lo spostamento è sempre mediocre e talvolta nullo. — *Segni diagnostici*, caduta sulla punta dei piedi, impossibilità di rialzarsi, dolore; intervallo tra i frammenti. — *Pronostico*; non infausto. — *Cura*: riduzione facilissima; difficoltà a mantenere a contatto i frammenti; processo per sodisfare a quest' ultima indicazione; ciabatta di G. L. Petit; fasciatura estensiva del piede, ferula anteriore di Monro; consolidazione facile e rapida. II, 142.

Calcoli biliari. *Ved.* Biliari.

Calcoli della matrice. *Ved.* Matrice.

Calcoli stercoracei. *Ved.* Retto (*Corpi stranieri del*).

Calcoli uretrali. *Ved.* Uretra (*Calcolo dell'*).

Calcoli orinari. Arrestati o fermati fuori delle vie naturali dell' orina. IV, 507. — Possono essere usciti dai canali, che percorre l' orina o dai ricettacoli, nei quali soggiorna, o sivvero essersi formati nelle parti stesse ove

sono situati, allorchè vi passa l'orina. 507. — Segni ai quali si riconosce la presenza dei calcoli impegnati nel tessuto cellulare. 507. — I calcoli vessicali penetrano qualche volta nel retto, o nella vagina. 507. — Le ferite della vessica inducendo delle fistole o degli infiltramenti orinosi, provocano qualche volta la formazione dei calcoli nel tessuto cellulare e nel tragetto delle fistole: meccanismo di questa formazione. 508. — Le indicazioni curative sono di estrarre il corpo estraneo, di ristabilire il corso naturale dell'orina, di prevenirne il nuovo infiltramento fuori dei condotti; mezzi di adempire a queste indicazioni. 508. — Allorchè il calcolo si è formato nell' uraco è necessario di farne l'estrazione; processo operatorio in questa circostanza. 508.

Calcoli *situati* fra il glande e il prepuzio. Quest' accidente si osserva soprattutto nei bambini che hanno l'apertura del prepuzio troppo angusta. — Meccanismo di questa formazione. IV, 509 e seg. — Segni ai quali si conosce l' esistenza di questi calcoli. 509. — Operazioni necessarie per farne l'estrazione. 510.

Calcoli della vescica. *Ved.* Vescica (*calcoli della*).

Callo. Mezzo di unione delle soluzioni di continuità degli ossi. — Attribuito dagli antichi allo stravaso di una materia gelatinosa inorganica chiamato sugo osseo. È costituito secondo *Duhamel* dal periostio che si gonfia, si ossifica e forma una ghiera intorno alla frattura. — Formato secondo Haller e Dethleef dallo stravaso della linfa che si inspessisce e si organizza. — Formato secondo Bordenave da un meccanismo analogo a quello che la natura impiega per riunire le parti molli divise. — Fasi successive per le quali passa il callo II, 32.

Calli ai piedi *Ved.* Piedi.

Callosita' (*delle fistole*). Sono il resultato di un ingorgo inflammatorio terminato per indurimento. I, 238.

Calmanti. Raccomandati all' interno nelle infiammazioni interne accompagnate di insomnia e di agitazione. I, 239.

Calore. Fenomeno costante dell' infiammazione. — Poco manifesto al termometro. — Presenta molte varietà secondo il tessuto e secondo la natura della flemmasia. I, 20.

Calore. Determina la gangrena delle parti asfittiche dal freddo. I, 112.

Canale di stenone (*Ferite del*). Sono quasi sempre fatte da strumento tagliente e sono frequentemente susseguite da fistola salivare. — *Cura*: propria a prevenire la formazione della fistola e a dirigerla all' interno della Bocca. — Tumore salivale intermedio ai due estremi del canale diviso. Osservazioni di Garnier e di Percy. III, 312.

Canale di stenone (*Fistole del*). Resultano dalla di lui sezione totale o parziale. — Caratteri che contradistinguono queste fistole da quelle che hanno la sua sede nella glandula parotide. III, 313. — Fra i mezzi che sono stati proposti per risanare le fistole del condotto salivare i principali sono la compressione la deostruzione, la cauterizzazione e la formazione di un condotto artificiale. — Processi per la compressione immaginati da Maisonneuve e Desault. 313. — Processi di Louis e Morand per la deostruzione del canale. 317. — Casi in cui i caustici possono essere di qualche utilità: maniera di metterli in uso. 318. — Stabilimento di un condotto artificiale, processo di Roy. 320. — Modificazioni di Monro e Desault. — Processo di Deguise, modificazioni di Percy. 321.

Canale di stenone (*ostruzione e ristringimento del*). *Cause* di questa malattia: loro maniera di agire. — *Cura*: diretta contro la causa; apertura del tumore salivale all' interno della bocca. III, 314.

Cancerosa (*Diatesi*). Rende gli ossi fragilissimi. II, 33.

Cancro. Definizione esatta impossibile a causa delle varietà dei caratteri della malattia. — È il risultamento ordinario della degenerazione dello scirro. — Suoi caratteri. — Si osserva generalmente negli individui dei due sessi. — Può attaccare tutti gli organi, principalmente il seno, i testicoli e l'utero. — Si incontra nelle femmine all'epoca della cessazione delle regole. — Presenta delle grandi difficoltà nelle diverse parti in cui si manifesta. — Non attacca per l' ordinario le glandule lin-

fatiche se non secondariamente. — Si tira dietro qualche volta dei sintomi nervosi gravissimi. — È spessissimo ereditario. — Sopraggiunge in alcuni individui in seguito a delle cause occasionali le più lievi e spesso senza cause percettibili. — Sembra dipendere da una diatesi particolare. I, 383. — Corso della malattia. — Induramento dello scirro; dolori lancinanti e intermittenti: infiammazione della pelle; omogeneità del tessuto morboso, rammollimento parziale del tumore, ulcerazione della pelle dello scirro; dolori più violenti; emorragie, ingorgo delle glandule linfatiche; ingrandimento delle piaghe; in qualche caso mortificazione e eliminazione del tumore; febbre etica, consunzione: morte. 386. — *Cura*: l'estirpazione è il solo mezzo curativo da porsi in uso. — La recidiva ha sempre luogo. — L'ablazione del tumore non deve esser praticata se non quando il tumore è circoscritto, quando si può asportarlo intieramente, e quando la malattia sembra onninamente locale. — L'istrumento tagliente deve essere preferito ai caustici. — Processo operatorio per l'estirpazione dei tumori. — Cura palliativa; oppiati narcotici. — Quistioni diverse relative al cancro. 387.

Cancro della matrice. *Ved.* Utero.

Cancro del testicolo. *Ved.* Testicolo.

Canfora. Riguardata come efficacissima nella cura del tetano. I, 170.

Canule. Di argento, di piombo, di gomma elastica impiegate per impedire il ristringimento e l'obliterazione dell'aperture naturali in seguito alle bruciature. I, 124.

Capezzolo (*ragadi del*). Cause della malattia, suoi pericoli, sue conseguenze; mezzi di prevenirle, di guarirle, di palliare li sconcerti, cui dà luogo. IV, 74.

Capezzolo (*escoriazioni del*). Cause che le producono, mezzi di prevenirle e di guarirle. IV, 76.

Capezzolo (*Ulceri del*). Il capezzolo può essere la sede di ulceri veneree primitive. Cause di quest' affezione. — *Segni diagnostici.* Accidenti consecutivi. — *Cura.* IV, 78.

Capezzolo (*vizi di conformazione del*). Sono lo schiacciamento, l'imperforazione, l'assenza o la moltiplicità dei capezzoli. — Mezzi commendati dall'autore per determinare la prominenza del cappezzolo e il suo sviluppo, e prevenire il suo schiacciamento. IV, 75. — L'imperforazione è rarissima, e l'ostruzione dipende spesso dallo schiacciamento di questa parte. — Rimedi impiegati contro questo vizio di conformazione. 75. — L'assenza o la distruzione del capezzolo è irrimediabile. 75. — La moltiplicità dei capezzoli non suscita inconveniente alcuno, e non reclama alcuna cura. 75.

Carbonchio. *Ved.* Antrace.

Carbone. Utile per impedire la pronta decomposizione delle parti mortificate. I, 102.

Carbonoso (*virus*). È essenzialmente contagioso allorquando è applicato all'esterno. — Non può dar luogo a accidenti quando è applicato all'interno. — Fatti confermativi riportati da Morand e da Thomassin. — Fatti contradittorii riferiti da Eneaux e Chaussier. I, 275.

Carie. È stata confusa lungo tempo colla necrosi dagli autori. — Ne è affatto sconosciuta la natura. — Attacca tutti gli ossi del corpo e principalmente quelli che hanno poca sostanza compatta. — È più ordinaria nei bambini che in un'età più avanzata. — *Cause esterne* o locali: contusioni degli ossi, ferite dell'articolazioni, infiammazione del tessuto osseo. — *Cause interne* o generali; i diversi vizi o virus, le metastasi, le crisi delle malattie gravi, la masturbazione. — *Segni diagnostici*; infiammazione e esulcerazione delle parti molli; situazione del male in un osso corto e spugnoso. — Stato particolare della piaga, alterazione degli ossi percettibile collo specillo; fungosità delle carni, tumefazione degli ossi, dolori violenti, continui, profondi; suppurazione tenue, fetida, icorosa. — *Segni diagnostici*: della carie profonda e latente. 1.° dolore fisso più o meno intenso corrispondente a un osso di struttura spugnosa; 2.° formazione d'un ascesso per congestione in un luogo più o meno remoto. — 3.° Apertura dell'ascesso che diventa fistolosa, fornisce una gran quantità di marcia fetida e altera la salute del malato. — 4.° Escita di particelle ossee irregolari e piccolissime. II, 166. — *Pronostico*, la guarigione spontanea è rarissima e ha luogo tal-

volta per il cangiamento della carie in necrosi, o per la cessazione dell' infiammazione nella carie scrofolosa; i progressi della malattia sono molto più rapidi nei bambini che in un'età più avanzata; la carie è tanto più grave, quanto più s' avvicina alle articolazioni e quanto più è situata profondamente. 170. *Cura:* combattere le cause che possono determinare la carie, come la sifilide, lo scorbuto, le scrofole ec. — Cura locale; topici irritanti, raccomandati da Monro e da Tenon, adottati dall' autore come efficacissimi; abluzioni detersive e alcaline, acque minerali, alcooliche, acidi minerali; applicazione del fuoco commendata dagli antichi adottata dall' autore; maniera d'impiegare questa medicatura; casi in cui è contrindicata; resezione delle porzioni d' ossi cariati, cauterizzazione susseguente. — Cura espettante nei casi in cui la carie resta stazionaria e non compromette le forze del malato; casi in cui l' amputazione è reclamata dagli accidenti che suscita la malattia. 172.

Carie (*degli ossi del cranio*). S' osserva assai frequentemente, ed è spesso l'effetto del veleno venereo. — Ha luogo il più sovente alla regione mastoidea. — La carie della tavola esterna offre simultaneamente l'affezione dell'osso e delle parti molli. — La carie della tavola interna comincia col dolore e s'associa sovente a dei sintomi nervosi estremamente gravi; ben presto comparisce un tumore interno che non tarda a convertirsi in ascesso. — *Prognostico:* sempre infausto a causa della prossimità della malattia al cervello. — *Cura:* quando la malattia non interessa che il tavolato estrinseco del cranio, i topici irritanti bastano per procurarne il risanamento; l' amputazione è raccomandata nel caso in cui la carie s' estende a tutta la spessezza dell'osso o al tavolato interno solamente a menochè la malattia non abbia la sua sede nell'apofisi mastoidea; in questo caso si potrebbe fare uso del cauterio attuale. — Ablazione della porzione d'osso cariata per mezzo del trefine del trapano. II, 178.

Carie (*delle costole*). Attacca il più spesso l'estremità posteriore di questi ossi e allora è complicata frequentemente colla carie delle vertebre corrispondenti. — Quando s'attacca al corpo di questi ossi, s'associa spesso agli ascessi interni o esterni che inducono degli accidenti gravissimi in certi casi. — *Cura:* mettere l'osso a nudo e asportare col mezzo d'una sega la porzione cariata; se la carie non è che superficiale i topici irritanti saranno allora adoperati. II, 194.

Carie (*del coccige*). S' osserva qualche volta. — I pezzi dell'osso non tardano a separarsi e se ne fa l'estrazione senza difficoltà. II, 195.

Carie (*della cavità cotiloide*). *Ved.* Lussazione spontanea del Femore.

Carie (*della colonna vertebrale*). Prodotto degli ascessi per congestione. — Dipende da una causa morbifica dalla masturbazione; non è sempre seguita da ascessi per congestione. — Lesioni anatomiche rinvenute alla sezione dei cadaveri. — Produce il male vertebrale di Pott. II, 180.

Carie del sacro. *Ved* Sacro.

Carie (*dello sterno*). *Ved.* Sterno.

Carie (*del bacino*). *Ved.* Bacino.

Carpo (*frattura degli ossi del*). Non può aver luogo che per stritolamento. — La cura deve essere la medesima di quella delle ferite contuse della mano. — Quando il disordine è troppo grave e v'è imminenza di gangrena, l'amputazione è necessaria. II, 85.

Carpo (*Lussazione dell' ossa del*). Non possono lussarsi fra loro che difficilissimamente. — L'osso grande è quello, la di cui lussazione è la più frequente. — S'osserva più spesso nella donna che nell' uomo. — La lussazione del grand'osso si riconosce ai seguenti segni, tumore duro, circoscritto sul dorso della mano; questo tumore aumenta per la flessione e diminuisce nell'estensione. — La riduzione è sempre facile, ma non si può mantenerla in sito se non difficilissimamente. II, 325.

Carpo (*Lussazioni del*). Possono aver luogo in avanti, indietro e su i lati. — Le lussazioni in avanti e indietro sono molto più comuni di quelle in fuori e indentro. — Le prime sono quasi sempre complete, le altre quasi costantemente incomplete. — I ligamenti corrispondenti al lato, verso il

quale ha avuto luogo lo spostamento sono necessariamente rotti. — *Cause*: una caduta sul dorso o sulla palma della mano, ovvero sul lato radiale o cubitale della stessa parte, una subitanea violenza esercitata nel medesimo senso. — *Segni diagnostici* generali: movimenti della mano, movimenti di rotazione del radio impossibili, dolore vivissimo, che si rapporta all'articolazione. *Segni particolari* della lussazione in avanti; estensione della mano, flessione delle dita, prominenza del carpo, tensione dei flessori. — Nella lussazione indietro, flessione della mano, estensione dei diti, prominenza del carpo alla parte posteriore dell'articolazione. — Nella lussazione in fuori, inclinazione della mano verso il lato cubitale dell' antibraccio; lato esterno del carpo prominente al di sotto dell'estremità inferiore del radio. — Nella lussazione indentro, inclinazione della mano verso il lato radiale dell' antibraccio, protuberanza del carpo al di sotto dell'estremità inferiore del cubito. II, 325 e seg. — *Prognostico*: ordinariamente infausto a causa della lacerazione dei ligamenti e della distensione delle parti circonvicine, la gravità del pronostico varia in ragione dell' estensione del disordine e della complicazione della lussazione. — *Cura*: riduzione; maniera d' effettuarla. — La riduzione è facile a meno che non esista un ingorgo inflammatorio considerabile, in questo caso si calmeranno prima gli accidenti e la riduzione sarà tentata in seguito. — Allorchè la lussazione è ridotta, delle compresse risolutive e una fasciatura circolare bastano ordinariamente a consolidare l'articolazione e a prevenire la recidiva. — Qualche volta si manifesta un' infiammazione violenta e degli ascessi si formano nell'interno dell'articolazione; in questo caso è da temersi, che l'alterazione delle superfici articolari non induca l'anchilosi. — Sbrigliamenti da praticarsi nel caso di sortita del radio a traverso dei tegumenti. 325.

Carotide primitiva (*Aneurisma dell'arteria*). É il più di frequente vero o falso, spontaneo, raramente falso primitivo o consecutivo. — *Diagnosi* difficilissima. — É stato lungo tempo riguardato come al di sopra delle risorse dell'arte. — L'operazione col metodo d'Hunter è stata concepita da Scarpa, eseguita da Astley Cooper, da Birken. ec. ec. — Non deve essere intrapresa se non quando il tumore è situato verso la parte superiore del collo. — I battiti continuano nel tumore dopo la legatura. — La legatura di questa arteria è stata praticata con successo da Travers per guarire un tumore fungoso dell'orbita. I, 325. —

Cartilagine (*dell'orecchio*). Necrosata in seguito d'una pressione continuata lungo tempo. III, 216.

Cartilagini. Sono distrutte dai tumori aneurismatici situati nelle loro adiacenze. III, 216.

Caruncola lacrimale. *Ved.* Encantitide.

Castrazione. *Ved.* Testicoli.

Cataplasmi (*risolutivi, ammollienti*). Sono meno vantaggiosi delle fomente nei casi in cui la pelle è anch'essa infiammata. — *Ammollienti*, maniera di comporli: quelli che si devono preferire relativamente alle parti. — Cautele da usare prima d' applicarli. — Maniera di distenderli, di contenerli. — Durata della loro applicazione. I, 16. — Favoriscono la riunione del pus dei flemmoni in ascesso. 18. — Maturativi, assorbenti, commendati in certi casi. 19.

Catarro (*della vessica*). *Ved.* Vessica (*catarro della*).

Cateratta. È stata designata sotto i nomi di *suffusione hypochyma*, *gotta*, *oscura*. — *Cause*; ottalmie violente, lesioni dell'occhio. — S'osserva più frequentemente nella vecchiaia che nell'infanzia e nell'età adulta. — È qualche volta congenita. — *Segni diagnostici*; cambiamento di colore della pupilla, lentezza di sviluppo della malattia; opacità del cristallino o del suo inviluppo. — *Prognostico* sempre grave; necessità di ricorrere all'operazione. III, 171. — *Cura*: l'operazione è il solo mezzo di guarigione.

Casi in cui quest'operazione è controindicata; epoca in cui si deve praticare l'operazione. — I due occhi devono essere operati nel tempo stesso, quando sono entrambi invasi dalla cateratta. — Due metodi sono impiegati, l'abbassamento del cristallino, o la sua

estrazione. 176. — Preparazioni che è necessario di far subire ai malati prima dell'operazione. 177. — *Descrizione dell'operazione della cateratta per estrazione del cristallino.* — Processo di Daviel, istrumenti di cui si serviva. 178. — Processo di Lafaye, suoi istrumenti, suo metodo operativo. 179. — Modificazioni introdotte da Wenzel negl'istrumenti e nel manuale dell'operazione; metodo operativo generalmente adottato, prima medicatura, trattamento consecutivo. 179. — *Descrizione dell'operazione della cateratta colla depressione del cristallino.* — Strumenti e processo operatorio di Scarpa, modificazioni che la natura della cateratta apporta all'operazione: medicatura e cura consecutiva. 183. — Parallelo dei due metodi, discussione dei vantaggi e degl'inconvenienti di questi processi; casi in cui l'uno deve essere preferito all'altro, l'estrazione è generalmente preferita dall'autore. V, 184.

CATERETICI. Proposti per irritare le superfici delle ferite, che suppurano. I, 176.

CATETERE. *Ved.* RITENZIONE D'ORINA.

CATETERISMO. *Ved.* RITENZIONE D'ORINA.

CAUSTICI. Impiegati per aprire gli ascessi. Non devono mai essere adoprati per aprire gli ascessi flemmonosi. I, 86. — Sono preferibili al cauterio attuale nella cura locale delle ferite da morsi d'animali velenosi. I, 216 — In quella delle ferite da morsi d'animali rabbiosi. I, 216.

CAUTERIO ATTUALE. Utile per prevenire la gangrena. I, 90. — Impedisce la terminazione per gangrena dell'erisipele. 260. — Necessario per arrestare i progressi della putrefazione di Spedale, 178.

CAUTERI. Mezzi impiegati dai chirurghi per disorganizzare le parti. Sono attuali, o potenziali. — *Attuali Ved.* più sopra. *Ved.* moxa. *Potenziali*, hanno preso più particolarmente il nome di caustici (Ved. *caustici*). — Per la loro azione chimica distruggono l'organizzazione delle parti, sulle quali s'applicano. I caustici impiegati più frequentemente sono la potassa solida, il nitrato d'argento fuso, il burro d'antimonio, il nitrato di mercurio, l'arsenico, l'allume calcinato ec. I, 67.

CAUTERIO. Piaga piccola, rotonda stabilita dal chirurgo, della quale si trattiene la suppurazione. I, 67. — I cauteri possono essere aperti in tutte le parti del corpo, in cui la pelle è unita alle parti sottoposte da uno strato di tessuto cellulare d'una certa densità. — Luogo d'elezione, in cui si deve stabilire il cauterio al braccio, alla coscia, alla gamba. — I cauteri possono esser fatti o per incisione, o per cauterizzazione. — Vi sono due maniere d'aprire i cauteri collo strumento tagliente. — Processi per aprire i cauteri col fuoco, o coi caustici. — Prima medicatura. — Maniera di mantenere la suppurazione del cauterio. — Guarigione dei cauteri, suoi inconvenienti. — Utilità di questa medicatura.

CAUTERIZZAZIONE. Consigliata per arrestare l'emorragie. — Si pratica in due maniere. — Il ferro rosso è preferibile ai caustici. — Inconveniente della cauterizzazione. — È sola praticabile in certi casi. — Storia di malattia relativa. — Il cauterio attuale forma una escara più secca. I, 67.

CAUTERIZZAZIONE. Vantata dagli autori per la cura dei tumori bianchi. Maniera di praticarla indicata da Percy. — Segnare coll' inchiostro la direzione, che deve seguire il cauterio. — Renduto incandescente il ferro arrivare leggermente la pelle a più riprese, ed evitare di incrociare le righe del fuoco. — Colore dell' escara, suo allargamento progressivo, sua caduta. II, 420.

CAVERNOSI (*corpi*). Pretesa rigenerazione dei corpi cavernosi dopo l' amputazione della verga. I, 82.

CELLULARE. (*tessuto*). È la sede speciale dell' infiammazione in tutti gli organi. I, 10. — La sua infiammazione si termina il più ordinariamente per indurament. I, 32. — Si gangrena colla massima facilità, soprattutto quando è a contatto coll' orina. 34.

CERCHIO INFIAMMATORIO. Annunzia li sforzi della natura per separare le parti morte dalle vive. L' amputazione delle parti gangrenate non deve essere mai praticata prima che sia stabilito. Ved. *gangrena.*

CEROTTO AGGLUTINATIVO. Ved. *agglutinativo.*

CEROTTI. Impiegati per impedire l' obli-

terazione delle aperture naturali in seguito delle bruciature. I, 233.

Cervello (*lesione del*) *da istrumenti pungenti*. Questi strumenti non fanno una semplice puntura al cranio; l'osso è sempre fenduto, e qualche volta il corpo vulnerante ne stacca dei frammenti, che affonda più o meno nella sostanza del cervello. — Gli effetti delle ferite del cervello fatte da un corpo pungente variano secondo la porzione di questo viscere che è stata investita, e la profondità, a cui è penetrato l' istrumento. Le ferite, che interessano la base del cervello, il cervelletto, e la midolla allungata, sono assolutamente mortali. — Esse offrono meno pericolo, quando ledono la parte superiore degli emisferi cerebrali. Gli accidenti consecutivi, cioè l'infiammazione del cervello, e lo stravaso di sangue, accrescono ancora il pericolo. — Questi casi possono complicarsi di corpi estranei, cioè, o del corpo vulnerante stesso, o della presenza di qualche scheggia. — *Cura*; estrarre i corpi estranei con li strumenti, o per mezzo del trapano. III, 16.

Cervello (*lesione del*) *da strumenti taglienti*. Le ferite, che resultano dall' azione dei corpi taglienti sono più, o meno gravi secondo la loro situazione, profondità, grandezza, e il numero dei vasi recisi, la facilità, che trova il sangue a escire dal cranio, dalla ferita stessa, o da un' apertura fatta per mezzo del trapano. Allorchè le ferite sono situate alla parte superior del cervello, se gli umori si evacuano liberamente, possono risanare con tanta facilità, con quanta guariscono quelle dell' altre parti della maggior parte dei visceri. — Sono molto più gravi, quando sono situate alla parte laterale della testa. — *Indicazioni curative*. 1.° favorire l'uscita del sangue, che si versa dai vasi cerebrali divisi; 2.° prevenire, o combattere l' infiammazione del cervello, e delle meningi. III, 18.

Cervello (*lesioni del*) *da corpi contundenti*. I corpi contundenti lanciati dalla polvere da schioppo, sono i soli, che possono entrare nel cranio, e ferire il cervello intaccando la sua sostanza immediatamente. Queste differiscono molto fra loro rapporto alla parte del cervello, nella quale la palla ha penetrato, rapporto alla lunghezza del tratto che ha percorso, alla sua sortita dal cervello, alla sua presenza in quest' organo. — *Cura*: favorire lo scolo della suppurazione; estrarre i corpi stranieri, prevenire l'infiammazione del cervello, e delle sue membrane. Maniera di esplorare e di estrarre le palle affondate nella testa. III, 19.

Cervello (*commozione del*). Scossa del cervello cagionata dai corpi contundenti, che feriscono quest' organo, e le sue membrane senza toccarlo immediatamente. — I gradi della commozione sono proporzionati alla resistenza del cranio, e alla violenza del colpo. — La commozione del cervello è sempre maggiore in proporzione, quando gli ossi non sono stati divisi. — *Effetti della commozione*: alterazione del cervello, e delle meningi, da cui resultano li stravasi sanguigni; l' infiammazione e la suppurazione, l'alterazione delle funzioni cerebrali caratterizzata dall' abolizione o dal disordine delle facoltà mentali, dalla difficoltà dei movimenti. — *Prognostico*: in generale gravissimo, a meno che non vi sia alcuna lesione organica del viscere. — *Indicazioni curative*; prevenire l' ingorgo dei vasi, l' effusione, e la flogosi. — Fare abbandonare al cervello lo stato di abbattimento, in cui l' ha gettato la scossa. III, 20.

Cervello (*infiammazione traumatica del cervello e delle meningi*). *Cause*; contusioni, commozioni, ferite, fratture del cranio, presenza dei corpi stranieri nella sostanza cerebrale, o alla superficie delle meningi. L' infiammazione della dura madre, e del cervello stesso sorprende qualche volta nel corso di un' erisipela flemmonosa della cute capillata. — *Segni diagnostici*. 1.° periodo. Dolore di testa limitato alla parte, che è stata percossa, diffondentesi ben presto alla totalità della testa, languore, abbattimento morale, nausee, vomiti, vertigini, febbre. 2.° periodo. Cefalalgia più veemente, esaltazione della sensibilità, delirio, sintomi atasso-adinamici. 3.° periodo. Insensibilità, agitazione automatica, convulsioni, paralisi, coma, respirazione stertorosa, morte. — Complicazioni della malat-

tia, imbarazzo gastrico, febbre biliosa, erisipela. III, 30. — *Prognostico*: sempre gravissimo. Allorquando la malattia è intensa termina sempre colla morte. — Il prognostico varia in ragione della sede e delle complicanze della malattia. — *Caratteri anatomici*: materia ordinariamente siero-purulenta fra il cranio, e la dura madre, suppurazione di questa membrana, marcia bianca nel cervello, icorosa, sierosa o mescolata con dei grumi di sangue. 31. — *Cura:* varia nei diversi periodi della malattia, è subordinata all' intensità dei sintomi, alle complicazioni, al temperamento del malato, e alle circostanze accidentali che hanno prodotto questa infermità. Nel principio del male s'insisterà con energia sull' emissione sanguigna, i leggeri purganti, e i clisteri irritanti, vessicante sulla cute capillata; fendere ampiamente la cute capillata, che è tumefatta. Emetici, e antiflogistici combinati nel caso di complicazione di febbre biliosa. Trapanazione in caso di compressione cerebrale per evacuare il liquido contenuto nelle meningi, segni per riconoscere il sito dello stravaso. 32.

Chussier, e Eneaux. Citano dei fatti idonei a provare, che il virus del carbonchio introdotto nell'interno può produrre la gangrena del ventricolo. I, 278.

Chilo. Sua effusione nell' addome per la rottura della cisterna del Pecquet. I, 254.

Cicatrice (*delle bruciature*). Sempre deforme e difficilissima a conseguirsi. — Aderisce alle parti denudate. — Fa coalizzare fra loro le parti contigue. — Produce la perdita dei movimenti dei membri. — Precauzioni da usarsi dal chirurgo per renderla meno deforme, e meno pericolosa. I, 130 e seg.

Cicatrice (*delle ferite, che suppurano*). Definizione. — Epoca in cui si forma. — Comincia sempre dalla periferia. — Si forma talvolta in differenti punti dell' area della piaga. È formata dal disseccamento dell' estremità vascolari, e dall' essiccazione del tessuto cellulare. — È consolidata da un sugo nutritizio. — Acquista di giorno in giorno più consistenza. — È più, o meno solida, più o meno depressa. Suo colore. I, 168 e seg.

Cicatrizzazione delle ferite. Cosa intendesi con questo nome. — È sempre l' opera della natura. — Non è sempre possibile; motivi di quest' impossibilità. — Meccanismo col quale s' effettua del tutto ignorato. — Si compie più facilmente nei bambini, che negli adulti, e nei vecchi. — Medicamenti proposti per favorirla inutili. — Rimedi generali adoprati al dì d'oggi per ottenerla più facilmente. I, 153 e seg.

Cicuta ha goduto una gran celebrità nella cura dello scirro. La sua efficacia non è stata punto consacrata dall' esperienza. — Maniera di propinarla. I, 314.

Cicuta (*empiastro di*). Concorre a procurare la risoluzione delle glandule esterne infiammate. I, 25. — Determina delle erisipele miliari. 210.

Ciglia (*caduta delle*). Suoi effetti. — L' occhio diventa più sensibile alla luce, le palpebre sono agitate da un moto perpetuo. — *Cause*: coesione della cispa, ulcere delle palpebre, vaiuolo. — *Cura*, diretta contro la causa. III, 82.

Ciglia (*direzione viziosa delle*). *Ved.* Trichiasi.

Cinanche tonsillare. *Ved.* Angina.

Cirsocele *Ved.* varicocele.

Cisti *Ved.* Tumori, idropisia, ateroma, steatoma, meliceride, ganglio, ovaia, lupie.

Cistite. *Ved.* vessica (*infiammazione della*).

Cistocele. *Ved.* Ernia della vessica.

Cistotomo. *Ved.* vessica (*calcoli della*).

Clavicola (*frattura della*). Sono frequentissime. — Possono risultare egualmente da una causa mediata, che da una immediata. — Le fratture per causa mediata hanno luogo ordinariamente nelle cadute sulla sommità della spalla. — Il frammento esterno per l' effetto medesimo della caduta può offendere i nervi, e i vasi, ed anco farsi strada a traverso degl'integumenti. — La frattura immediata è prodotta da una violenta contusione, che può avere lesi i vasi, e i nervi del plesso brachiale. — Lo spostamento ha sempre luogo eccettuato quando la frattura ha la sua sede fra l' apofisi coracoide, e l' acromion. — *Diagnosi* estremamente facile, dolore, rotazione del braccio indentro, impossibilità di portare il braccio alla testa, depressione della spalla,

risalto dei frammenti, crepitazione. — *Prognosi*: questa frattura è d'ordinario poco grave, e può anco consolidarsi senza il soccorso dei chirurghi; pericolosa se il plesso brachiale è stato danneggiato. — *Cura*: difficoltà estrema a mantener la frattura in sito; la fasciatura a 8 in cifra è insufficiente in quantochè non sostiene il peso dell'estremità superiore; la croce d' Heistero; il corpetto di Brasdor, e la correggia di Bruninghausen partecipano a tutti gl' inconvenienti della fasciatura a 8 in cifra. La fasciatura di Desault. Modificata dall' autore adempie sola a tutte le indicazioni relative alla cura della frattura della clavicola. — Nel caso, che l' ingorgo inflammatorio, o altre cause impediscano al malato di tollerare l' apparecchio, si sosterrà il braccio per mezzo d' una ciarpa, e questo trattamento solo è spesso bastante. II, 61 e seg.

Clavicola (*lussazioni della*). Esse possono effettuarsi sia all' estremità sternale, sia all' estremità scapulare dell'osso. II, 300.

Clavicola (*Lussazioni dell'estremo sternale della*). Considerazioni anatomiche che rendono ragione della poca frequenza di queste lussazioni. — Possono aver luogo in tre maniere; in avanti, indietro e in alto. — La lussazione in avanti è la sola che sia stata ben constatata. — Questa lussazione è cagionata da una violenza esterna e subitanea, il di cui effetto è stato di portare fortemente la spalla in addietro, la lussazione è molto più spesso il resultato di questa causa nei bambini che negli adulti. — La lussazione indietro non può aver luogo che per l'azione d'una violenza estrema esercitata sull'estremità dell'osso; e in questo caso gli tien dietro il più di frequente la frattura comminutiva. — *Segni diagnostici*: depressione della spalla che sembra appoggiata più da vicino sulla parete del petto, cambiamento di direzione della clavicola, tumore innanzi allo sterno al di sotto del livello dell'altra articolazione sterno-clavicolare, depressione corrispondente alla cavità abbandonata dall'osso, inclinazione della testa e del collo dal lato della lussazione. — *Prognostico*: null' affatto infelice. — *Cura*: reposizione della lussazione, processo operatorio; è difficilissimo di mantenere la frattura ridotta; opportunità dell' apparecchio di Desault per la frattura della clavicola. II, 300.

Clavicola (*lussazioni dell'estremo umerale della*). S'osservano rarissimamente. — Hanno luogo in alto e in baso. — Una caduta sull'apice della spalla è la causa la più frequente della lussazione in alto: — *Segni diagnostici*: prominenza più o meno considerabile formata dall'estremità umerale della clavicola; facoltà di fare sparire questa prominenza facendo eseguire certi movimenti alla spalla e al braccio. — *Prognostico* pochissimo infausto; anco nel caso in cui la lussazione non è ridotta, il dolore si dissipa ben presto, i ligamenti si consolidano e in seguito il membro può eseguire tutti i suoi movimenti. — *Cura*: La riduzione è facilissima; processo operatorio per effettuarla: — È ben difficile di mantenere la lussazione ridotta. — L'apparecchio di Desault per la frattura della clavicola adempirà bene a questa indicazione. II, 304.

Climi. — Modificano l'andamento e l'intensità dell'infiammazione. I, 13.

Clitoride (*vizi di conformazione del*). V, 147.

Coattazione. Operazione per mezzo della quale si ripongono i frammenti ossei, o le superfici articolari degli ossi nella loro situazione naturale. — Dev'essere diretta secondo il modo di spostamento degli ossi. II, 11.

Coccige (*lussazione del*). È prodotta dalla dilatazione che il passaggio della testa del feto esige dalla vulva e dal perineo nel tempo del parto. — Questa causa produce raramente la lussazione. — Le percosse, le cadute sul coccige possono deprimere quest' osso dalla parte del retto. — *Segni diagnostici*: contusione, dolore vivo verso la sommità del sacro, che s'estende in tutta la regione del sacro, ed aumenta soprattutto quando il malato scarica il ventre. — Talvolta comparisce un ascesso nel fondo del quale si distinguono i pezzi dell' osso necrosati. — *Cura*: tutte le indicazioni si riducono a combattere l'irritazione e a preveni-

re l'infiammazione; riposo assoluto, topici rilassanti, ammollienti, anodini. II, 289.

Colliquativa (*diarrea*). È la conseguenza dell'apertura degli ascessi per congestione. I, 107.

Colofonia. Impiegata da qualche chirurgo per impedire l'esalazione sanguigna alla superficie delle ferite recenti. — Suoi inconvenienti. I, 170.

Commozione. Effetto ordinario delle ferite d'armi a fuoco. — Altera le funzioni nervose. — Si propaga qualche volta fino al cervello. È spesso accompagnata da stupefazione. I, 202. — Contrindica l'amputazione immediata dei membri contusi. I, 110.

Compresse. Pezze di tela semplici, doppie ec., più o meno lunghe e larghe, che s'impiega per coprire e contenere le fila, che sono state messe su una piaga. Si dividono in semplici e composte. — Compresse semplici sono fatte d'un solo pezzo di tela. — Compresse composte: formate d'un pezzo di tela piegata in uno, o più doppi. — Compresse graduate: fatte con un sol pezzo di tela, che essendo ripiegata più volte si trova più grossa su un punto della larghezza che sugli altri. — Compresse espulsive, spaccate. — Pecauzioni da usarsi nell'applicarle. I, 20.

Compressione. Determina la gangrena delle parti rilevate, compresse dalle fasciature, dal peso del corpo. Non è la sola causa della gangrena nelle febbri gravi. I, 104.

Compressione. Determina sovente la gangrena; per qual meccanismo. — Locale produce la cancrena umida. — Generale produce la cancrena secca; osservazioni che vi si referiscono. I, 104.

Compressione. Uno dei mezzi più efficaci per arrestare l'emorragia d'una grossa arteria. — In che consiste. — Distinta in compressione laterale, e in compressione diretta. I, 181. — *Compressione laterale.* — Definizione. — Può essere stabilita in due siti. — Agisce sostenendo il coagulo, che deve obliterare l'arteria, o schiacciando il vaso. — É mediata, o immediata. — Non conviene che per le arterie che hanno un punto d'appoggio solido. — Maniera d'esercitarla. — Compresse graduate. *Tornaquette.* — Condizioni necessarie perchè ella sia efficace. — Accidenti che può destare. — Praticarla per quanto è possibile fra il cuore e l'apertura del vaso. — Deve essere continuata lungo tempo relativamente all'ampiezza del vaso. — Conviene esclusivamente nelle lesioni delle arterie intercostali, pudenda interna. I, 181. — *Compressione diretta.* — Suo modo d'agire meno efficace della compressione laterale, e della legatura; casi nei quali deve essere esclusivamente adottata. I, 181.

Compressione dell'arterie (*per la guarigione dell'aneurisma*). È stata usata al di sopra, e al di sotto del tumore aneurismatico, e sul tumore medesimo. Condizioni di questa compressione affinchè sia efficace. — Suoi inconvenienti quando è adoperata al di sopra del tumore: essa agisce intercettando il corso del sangue nel sacco aneurismatico, e permettendo a questo fluido di coagularsi. — Deve essere praticata ogni volta che la situazione della malattia lo permette; e anco quando l'aneurisma è recente e voluminosissimo. — É stata praticata con successo sul tumore medesimo; questo metodo è condannato dall'Autore. — È stata fatta per mezzo d'una fasciatura espulsiva; questo metodo non è riuscito che nel caso d'aneurisma varicoso. — Deve essere sempre secondata da un regime conveniente. — Strumenti messi in uso per esercitarla. I, 322.

Congelazione. È una causa frequente della cancrena. — Come ha luogo. — Suoi effetti sugli organi. — Suo metodo curativo consacrato dall'esperienza; scansare il calore; applicare dell'acqua fredda, della neve sulla parte gelata. Istesso metodo di cura per le congelazioni generali. I, 111.

Congiuntiva (*flittene della*). Vessichette acquose che si sviluppano sulla parte anteriore del globo dell'occhio, e sembrano avere la loro sede nel tessuto cellulare che unisce la congiuntiva alle membrane proprie di quest'organo. — Sono ordinariamente prodotte dall'ottalmia. — Sono situate ora sulla sclerotica, ora sulla cornea. — Non arrecano alcun pericolo. — *Cura*: topici risolventi. — Incisione delle flitteni. III. 118.

Congiuntiva (*ecchimosi della*). È la conseguenza ordinaria di una contusione. — Si forma talvolta ad un tratto senza causa cognita. — *Cura* : lozioni astringenti. III, 120.

Congiuntiva (*varici della*). Occupano quasi sempre la porzione di questa membrana che ricuopre il globo dell' occhio. — Esse sono la conseguenza ordinaria dell' ottalmia, e soprattutto dell' ottalmie ripetute, o dell' ottalmia cronica. — *Cura* : Colliri astringenti, aromatici, bevande dolcificanti e lassative; ablazione dei vasi varicosi. III, 120.

Congiuntiva (*edema della*). *Cause* : Le stesse di quelle dell' anasarca, e di tutte le idropisie parziali, contusioni, ferite, ottalmie. — Occupa il più di frequente i due occhi, e si associa a una gonfiezza talvolta enorme della membrana muccosa. — Questa malattia è raramente pericolosa. — *Cura*: lozioni aromatiche e astringenti, diuretici, purganti. III, 121.

Contagio (*della putrefazione di Spedale*). Provato dalle osservazioni di Pouteau e da quelle dell' Autore. I, 200. — *Della pustola maligna*; provato dai fatti. I, 340.

Contrapertura. Operazione spesso necessaria per estrarre le palle nelle ferite di arme a fuoco. — Casi in cui quest' operazione è necessaria. — Maniera di praticarla. I, 276.

Contraperture. Loro utilità negli ascessi considerabili. — Luogo, che devono occupare. I, 230.

Contrazioni tetaniche. Sono accompagnate da dolori vivi. — Sono d'ordinario remittenti. — Sono spesso risvegliate dagli sforzi del malato. I, 199.

Contrestensione. É un' azione opposta all'estensione che impedisce che il membro o tutto il corpo non obbedisca alla forza estensiva. — Deve essere applicata sul membro che si articola col frammento superiore. II, 11.

Contuse (*ferite*). *Ved.* Ferite contuse.

Contusione. È una causa assai frequente della gangrena che produce in due maniere. — Violenta distrugge affatto l' organizzazione delle carni. — Produce la gangrena infievolendo l'azione organica delle carni. — Determinando degli ingorghi inflammatori considerabili. — Estende profondamente la sua azione. I, 123.

Contusione *senza ferite*. È qualche volta prodotta dai corpi sferici scagliati dalla polvere da schioppo. — Non dipende dalla percussione dell' aria. — Lesioni che la caratterizzano. Puo essere ancora accompagnata da frattura. — *Indicazioni curative*, variabili, secondo l' estensione del disordine. I, 248.

Contusione. Differenziata dalle ferite contuse. — Sua definizione. — Modo di agire del corpo contundente. — Lacera le parti sottoposte piuttostochè la pelle. — Ecchimosi. — Effetti della contusione variabili secondo certe circostanze. — Si estende qualche volta fino ai nervi, ai muscoli, agli ossi, agli organi interni. — Terminazione variabile; tumori sanguigni, infiammazione, gangrena. — *Pronostico*: relativo alle cause e agli effetti della contusione. — *Cura*; risolutivi, ammollienti, incisioni. I, 222 e seg.

Coppette. *Ved.* Salasso locale.

Cordiali. Consigliati nel caso di delitescenza dell' infiammazione. I, 25.

Cordone spermatico (*infiltrazione del*). Ved. Idrocele cellulare.

Cornea (*ascessi della*). Si sviluppano fra le lamine della cornea. *Cause*: ferite, contusioni, corpi estranei, ottalmia intensa. — *Segni diagnostici*: dolore, infiammazione, macchia biancastra nella spessezza della cornea. — *Cura*: antiflogisti nel principio, incisione della cornea. III, 140.

Cornea (*fistole della*). Sono ordinariamente la conseguenza dell' ulcerazione della cornea. — Sono di due sorti, le une terminano con un loro estremo alla superficie dell' occhio, coll' altro nella camera anteriore. — *Segni diagnostici* ; apertura più o meno larga della cornea, scolo dell' umor aqueo. — *Pronostico*: sempre gravissimo, specialmente nelle fistole complete. — *Cura*: iniezioni detersive, incisione del tragitto fistoloso nel caso di fistole incomplete. III, 139.

Cornea (*nuvoletta della*). Macchia superficiale semitrasparente, situata sulla cornea. — *Cause*; ottalmia cronica, costituzione linfatica. — *Pronostico*, non è grave se non quando intercetta il passaggio della luce. — *Cura* : ri-

medi locali astringenti e aromatici: escissione dei vasi varicosi della congiuntiva. III, 137 e seg. — *Ved. Leucoma, albugo.*

Cornea (*pustole della*). Tumoretti che si formano fra le lamine le più superficiali di questa membrana. Si aprono alla superficie dell' occhio, e tramandano una piccola quantità di un liquido biancastro e puriforme. — Si manifestano quasi sempre in seguito o verso la fine dell' ottalmia acuta. — *Prognostico*: non è grave, se non quando le pustole occupano il centro della cornea. — *Cura*: apertura della pustola, cauterizzazione colla pietra infernale, lozioni ammollienti. III, 137.

Cornea (*stafilomi della*). Malattia in cui una porzione, o la totalità della cornea fa innanzi all' occhio una prominenza più considerabile, che nello stato ordinario, e disturba, o toglie intieramente la vista. Più frequente nei bambini, che negli adulti. — *Cause*: Vaiolo, ottalmia, ferite, contusioni. — *Diagnosi*, sempre facilissima; questa malattia non è mai suscettibile di guarigione completa. — *Cura*: evacuazione degli umori dell' occhio; regole per mettere un occhio artificiale. III, 142.

Cornea (*ulceri della*). Sono distinte in superficiali e in profonde. — *Ulceri superficiali*. — *Cause*: l' azione di uno strumento che ha sollevato o distaccato una delle lamine esterne della cornea, ustione, flittene, pustola. — *Segni diagnostici*: macchie grigie pochissimo depresse. — *Prognostico*, null' affatto grave; la guarigione è il più di frequente spontanea. — *Cura*: colliri e iniezioni detersive, iniezioni e lozioni astringenti, cauterizzazione col nitrato di argento. — *Ulceri profonde*. — Succedono quasi sempre a un ascesso che si è formato tra le lamine della cornea, ovvero dipendono da un'affezione scrofolosa, venerea, erpetica. — *Segni diagnostici*, colore bruno, e cinereo, escavazione considerabile, suppurazione, infiammazione della congiuntiva. — *Prognosi*: l' ulcera lasciata a se stessa non guarisce spontaneamente e dà origine il più sovente alla perforazione della cornea. — *Cura*; cauterizzazione col nitrato di argento, maniera di praticarla, escissione delle fungosità che circondano l' ulcera. III, 143 e seg.

Corni della pelle. Escrescenze dure coniche, la di cui sostanza è analoga a quella dell' unghie e che si vedono nascere qualche volta in certi siti del corpo umano. II, 564. — Fatti di questo genere riportati da diversi scrittori. 565. — Gli uomini sono meno soggetti delle donne all' escrescenze cornee. 565 e seg. — Si crede che questi corni sieno prodotti dal prolungamento e dall'indurimento dell' epidermide e del corpo muccoso. 566. — Essi si distaccano qualche volta spontaneamente, ma la loro caduta è di rado seguita da una completa guarigione. 566. — La pelle sulla quale sono impiantati può divenire la sede di una infezione cancerosa. 566. — I caustici sono stati impiegati per distruggere la pelle della base di queste escrescenze, e provocarne così la caduta. 567.

Corpi cavernosi (*aneurisma dei*). *Ved.* Verga.

Corpi cavernosi (*gangli dei*) *Ved.* Verga.

Corpi cavernosi (*nodi dei*) *Ved.* Verga.

Corpi cavernosi (*tumori dei*). *Ved.* Verga.

Corpi estranei. Complicano sovente le punture. Mezzi di riconoscerli, e di estrarli. I, 212. — Complicano frequentissimamente le ferite di arme a fuoco. — Cambiamenti che possono subire primitivamente e consecutivamente. 218.

Corpi stranieri. (*nel retto*). *Ved.* Retto.

Corpi estranei (*nell'uretra*). *Ved. Calcoli orinari.*

Corpi fibrosi (*della matrice*). *Ved.* Utero.

Coscia (*amputazione della*). *Ved.* Amputazione.

Coscia (*Amputazione nell' articolazione della*). *Ved.* Amputazione.

Costole (*fratture delle*). Sono assai rare nell' infanzia. — Hanno luogo il più sovente verso la metà dell' osso. — I frammenti fanno rilievo o indentro o al di fuori. — La causa fratturante agisce d' ordinario fino sul polmone e dà origine a degli accidenti assai gravi. — *Segni*: difficoltà nei moti respiratorii, dolore vivo, spostamento poco considerabile, crepitazione. — *Prognostico*: fratture delle costole superiori più gravi di quelle delle coste inferiori;

non sono pericolose che per la lesione degli organi sottostanti. — *Cura*: compresse sul luogo della frattura in caso di prominenza dei frammenti al di fuori, e in caso contrario pezzette verso li estremi della costa fratturata: fasciatura da corpo ben stretta; cura generale relativa agli accidenti che mette in campo la lesione concomitante dei visceri toracici o addominali. II, 53.

Costole (*lussazione delle*). Questa lussazione è stata riguardata come impossibile da Gio. L. Petit e da Duverney. — Buttet ne ammette la possibilità e ne indica i segni diagnostici. — Opinione dell' autore che crede che questi pretesi casi di lussazione non fossero altra cosa che fratture. — S' è dato a torto questo nome alla disarticolazione delle coste in seguito della distruzione d' uno dei loro estremi. — Non esiste fino ad ora alcuna osservazione autentica di lussazione dell' una o dell' altra estremità delle costole. — I prolungamenti cartilaginei però della sesta settima ottava e nona costa possono accavallarsi e nascere una lussazione in questo modo. II, 300.

Cranio (*lesioni del*). *Da strumenti pungenti.* — Possono forare il cranio in parte o in tutta la sua spessezza, e penetrare anco più o meno profondamente nella sostanza del cervello. — La puntura limitata al tavolato esterno non dà luogo ordinariamente ad alcuno sconcerto. — Quando le due tavole dell'osso sono state trapassate, può formarsi uno stravaso sulla dura madre, o questa membrana può infiammarsi — *Cura*: antiflogistici, trapanazione in caso di stravaso. III, 4.

Cranio (*lesioni del*). *Da strumenti taglienti.* — Possono produrre quattro specie di divisioni. — *Hedra*: segno leggiero e superficiale. — *Eccope*: sezione retta o perpendicolare. — *Diacope*: con taglio obliquo. — *Aposkeparnismos*, perdita di sostanza dell'osso. — Non riunire immediatamente i labbri della ferita esterna. — Riporre le parti dell' osso che sono ancora adese agl'integumenti. Curare le complicazioni. III, 5.

Cranio (*lesioni del*). *Da strumenti contundenti.* — Gli effetti dell'azione dei corpi contundenti sono la contusione, il denudamento, la depressione senza frattura, la frattura e il divaricamento delle suture. — La contusione senza denudamento può essere seguita da carie, da necrosi o da esostosi (*Ved.* questi nomi). — La denudazione è quasi sempre seguita da gravi accidenti, e rende sovente necessaria l'operazione del trapano. III, 6.

Cranio (*depressione senza frattura del*). — È stata osservata da qualche autore. — Smentita dall'autore che l'attribuisce a un errore di diagnosi. III, 7.

Cranio (*fratture del*). Resultato il più comune della percossa violenta del cranio da un corpo contundente. — Diversificano fra loro a ragione del sito ove succedono, della loro direzione, del divaricamento dei loro bordi e delle circostanze da cui sono accompagnate. — Si effettuano spesso per controcolpo in un luogo remoto dalla parte percossa; meccanismo di queste sorta di fratture. — Non sono pericolose che per la commozione del cervello e per lo stravaso di sangue che producono consecutivamente. — *Segni diagnostici* sensibili, intervallo che lasciano fra loro i frammenti, quando il cranio è denudato; suono di pentola fessa sentito dal malato al momento della frattura; ineguaglianze che presenta il cranio allorchè v'è depressione. — *Segni* razionali: abbagliore; sbalordimento, perdita di conoscenza, sopore, deiezioni involontarie, scolo di sangue dal naso, dalle orecchie. — Segni consecutivi: la ferita non si cicatrizza dal lato della frattura, lascia trapelare un umore sanioso e offre delle carni molli fungose. — Esiste nel luogo della frattura un piccolo tumore; la febbre si riaccende di tratto in tratto. — *Prognostico* sempre infausto, ma lo è più o meno secondo la sede, l'estensione della frattura e le circostanze da cui è accompagnata. — *Cura*: trapanazione consigliata da Quesnay in tutti i casi di frattura del cranio, biasimata da Desault che ne limitò l'impiego ad alcuni casi solamente, cioè quando v'era stravaso sanguigno, o depressione di qualche frammento che comprima il cervello. III, 8.

Cranio (*divaricamento delle suture del*) Effetto assai raro dell'azione dei corpi

contundenti sulla testa. — È più facile nei soggetti giovani che negli adulti. — È impossibile nei vecchi. — Ha luogo sempre per controcolpo. — È sempre accompagnato dalla rottura dei vasi e dal distacco della dura madre. — Compressione consecutiva del cervello a causa dello stravaso sanguigno. — Tumore oblongo secondo il tragitto delle suture. — Ineguaglianze sentite a traverso gl' integumenti. — *Cura*; si deve sempre impiegare il trapano per dare esito al sangue, che comprime il cervello III, 14.

Cranio (*stravasi di sangue nel*), *in seguito delle percosse sulla testa.* — Sono un effetto frequente dei colpi recati alla testa, o delle cadute su questa parte. — Possono formarsi due stravasi alla volta, quello che è l'effetto della commozione, e quello che è prodotto dalla frattura. — Si formano nel momento stesso in cui i vasi del cervello sono lacerati e aumentano insensibilmente e qualche volta con una gran rapidità. — *Segni diagnostici*: assopimento letargico, respirazione stertorosa, paralisi d'un membro o della metà del corpo, movimenti convulsivi, durezza e frequenza del polso ec. — Quando l'effusione è poco considerabile può sussistere qualche mese senza manifestarsi con dei sintomi marcati. III, 20. *Prognostico*: è generalmente grave e funesto. — Li stravasi situati profondamente nella sostanza del cervello, nei suoi ventricoli o alla sua base sono prontamente mortali: la guarigione che succede assai spesso non può essere spiegata che per mezzo del riassorbimento del sangue stravasato.— *indicazioni curative*: procurare esito al sangue stravasato praticando un'apertura nel cranio, e quando questo non è possibile, favorirne il riassorbimento III, 27.

Creste di gallo. V. Retto (*affezioni veneree del*).

Cristallino (*atrofia e protuberanza del*). — Queste malattie sono pochissimo conosciute, e non sono state descritte che imperfettamente dagli Autori. III, 23.

Croup. Varietà dell'angina laringea e tracheale propria dell' infanzia, il di cui carattere speciale è di tendere costantemente a produrre una falsa membrana sulle parti infiammate. — Ha ricevuto differenti nomi dedotti dai suoi sintomi. — Non ha cominciato a esser conosciuto che verso la metà del XVI. secolo. — Può esistere in tutti i paesi, e si manifesta specialmente nei luoghi bassi cinti da montagne. IV, 32. — *Sintomi* caratteristici della malattia, dedotti dal suono della voce e dal modo di respirare. — Rapidità del corso della malattia. — Parossismi. — Soffocazione. — Espulsione delle false membrane. 33. — *Prognostico.* Sempre gravissimo 33. — Lesioni anatomiche riscontrate all'apertura dei cadaveri. 33. — *Cura*: antiflogistici, revulsivi, vomitivi. — Salassi locali e generali. — Sternutatori, eccitanti diffusibili. — Broncotomia; processo operatorio. — Esame di queste diverse medicature. 34.

Cubitale (*aneurisma dell'arteria*). È ordinariamente prodotto da causa esterna. — Dev'essere trattato colla compressione, o colla legatura secondo il luogo che occupa. I, 400.

Cubito (*frattura del*). È molto più rara di quella del radio. — Ha luogo direttamente, o per controcolpo. — È poco suscettiva di spostamento. — Si riconosce facilmente alla prominenza dei frammenti e alla crepitazione. — Non è accompagnata da alcun pericolo. — Dev'essere trattata come quella del radio e dell'antibraccio. II, 90.

Cubito (*lussazione dell'estremità inferiore del*). Chiamata altre volte lussazione dell'estremità inferiore del radio. — È stata osservata per la prima volta da Desault. — La lussazione indietro è la più frequente, quella in avanti è rarissima, non è stata osservata, che una volta dall'Autore. — *Cause*: movimento forzato di pronazione, o di supinazione determinato dall'azione immediata d'una violenza esterna applicata all'antibraccio, o alla mano. La lussazione indietro può avere luogo egualmente in occasione d'una caduta sul carpo. — *Segni diagnostici*: della lussazione indietro: pronazione forzata, accavallamento dei due ossi dell'antibraccio: flessione della mano, e delle dita, prominenza dei tendini flessori, protuberanza della parte inferiore del

cubito al di sopra del dorso della mano. Nella lussazione in avanti, supinazione forzata, risalto del cubito in avanti. — *Prognosi*: poco infausta. Se la lussazione non è ridotta, i movimenti di pronazione e di supinazione sono perduti per sempre. — *Cura*; riduzione facile, ferula, o fascia circolare per prevenire li spostamenti consecutivi. — Storia della lussazione della parte inferiore del cubito, riportata dall' autore. II, 342.

Cucchiaio. Istrumento propio a trar fuori le palle d' armi a fuoco. Descrizione dello strumento. Maniera di servirsene. I, 218.

Cucchiaio cava palle. Inventato da M. Thomassin. In che differisce dal cucchiaio ordinario. — Suoi vantaggi. — Maniera di servirsene. I, 218.

D

Deformita' degli ossi. Dipendono dalla tumefazione, dalla depressione, o dall' incurvatura dell' ossa, e da una deviazione lenta e graduata senza alcuna alterazione nella loro forma, e nel loro volume. — Sono prodotti, o da malattie degli ossi, o dalle abitudini viziose. II, 492.

Deformita' del collo. *Cause*: peso del capo, che lo porta continuamente in avanti; miopia, abitudine di riguardare gli oggetti da vicino. — *Caratteri anatomici*; depressione dalla parte anteriore del corpo delle vertebre. — *Cura profilattica*: impedire ai bambini di inclinare troppo la testa per scrivere, o per lavorare, coricarli in un letto orizzontale senza capezzale. — Mentoniera a molla situata al di sotto della mascella inferiore. — Prevenire la flessione laterale del collo nei bambini, situandoli direttamente in faccia alla luce. — *Radicale*: fasciatura meccanica, che riconduce la testa dal lato opposto alla flessione viziosa. II, 492.

Deformita' delle spalle. *Elevazione di ambo le spalle*. — Questa deformità dipende quasi sempre da un vizio di conformazione, e può essere ancora l'effetto della sola abitudine d' alzare continuamente le spalle. *Cura*: astenersi dal sorreggere i bambini colle falde, e dal metterli a sedere sulle seggiole a braccioli troppo alti. Elevazione disuguale delle spalle. Questa deformità è prodotta, o da una deviazione della colonna vertebrale o dalla abitudine di tenersi più su un lato, che sull'altro. — *Cura*: abituare il bambino a far portare il peso del corpo egualmente su i due piedi; uso d' un busto, la di cui incavatura sia troppo stretta dal lato in cui la spalla è abbassata. — *Deviazione delle spalle in avanti*. — Prodotta dall' abitudine, che i fanciulli contraggono di portare le braccia in avanti e di lasciarle cadere sulla parte anteriore del corpo. Vi si rimedia obbligando i malati a portare dei busti fatti in modo, che l' apertura delle maniche impedisca loro di gettare le braccia in avanti. Si può adoprare ancora le falde, che portano le spalle indietro. II, 494.

Deformita' della colonna vertebrale. *Cause*: un lavoro assiduo, che esige la flessione costante del corpo, l' abitudine di portare dei pesi gravi sulla testa, o sulle spalle, la debolezza della colonna vertebrale, il rammollimento del corpo delle vertebre, la contrazione spasmodica dei muscoli, che agiscono sulla colonna vertebrale; la rachitide, il vaiuolo, le scrofole, le diverse cachessie. — Queste deviazioni della spina s' osservano più sovente nelle fanciulle, che nei ragazzi, e determinano sempre dei cambiamenti di direzione delle costole, che influiscono sulla forma del petto, e dei cangiamenti negli assi del bacino, e nella sua configurazione. — *Cura*; i medicamenti interni saranno scelti fra quelli, che possono combattere efficacemente il vizio, che produce l' alterazione dell' osso e soprattutto il vizio scrofoloso. — Mezzi meccanici messi in uso contro queste deviazioni, loro utilità. II, 496.

Deformita' delle gambe. I bambini deboli, e chachettici vanno soggetti, quando cominciano a camminare, alla deviazione dei ginocchi indentro, o allo infuori. — La deviazione indentro è molto più frequente a causa della di-

sposizione naturale delle superfici articolari, e della direzione naturale degli ossi. — *Cause:* la debolezza generale del corpo, e quella dei ginocchi in particolare, la pressione, che esercita su i membri. — *Cura:* non fare camminare i bambini, se non quando non hanno bisogno di soccorso straniero per tenersi su' piedi. — Medicamenti interni; quelli che convengono al vizio generale, da cui è invaso l'infermo. — Rimedi esterni: bagni, fomente, e cataplasmi aromatici: ferula di legno situata sulla parte esteriore dell'arto, stivaletto, il di cui suolo sarà più grosso dalla parte verso la quale si piega il ginocchio; stivaletto con delle ferule elastiche. II, 500.

Deformita' del piede. Sono congenite, o accidentali. — Il piede può rovesciarsi su i due lati (*piede torto*), o non appoggiare che sulla punta (*piede equino*); il rovesciamento indentro è il più frequente. — *Cause:* fratture, lussazioni, ascessi, rilasciamento dei ligamenti, contrazione spasmodica, o rilasciatezza dei muscoli. — *Segni diagnostici:* ora il margine esterno del piede appoggia un poco più sul suolo del margine interno, ora il rovesciamento è più considerabile, e il malleolo stesso serve di punto d'appoggio. Il malleolo interno è quasi scomparso, è pochissimo rilevato e sembra portato in avanti. Il dorso del piede è prominente, la pianta molto concava, e solcata profondissimamente in tutta la sua lunghezza. — *Prognosi:* la malattia poco pericolosa in se stessa è tanto più difficile a guarire, quanto più è avanzata, maggiore il rovesciamento, e gl'individui provetti. — *Cura:* apparecchio meccanico di *Scarpa*, suoi vantaggi. Scarpa dell'autore, sua descrizione, sua utilità. II, 502.

Deformita' delle dita de'piedi. *Cause:* l'uso delle calzature troppo strette. — Flessione d'uno dei diti; sconcerti che promuove questa deformità, precauzione da usarsi per impedirla. — *Cura:* la sezione del tendine flessore è riuscita all'Autore. — Incisione del tendine estensore nel caso d'estensione forzata d'un dito. — Amputazione della falange, quando i piedi sono anchilosati, e la progressione diviene imposibile. II, 505.

Degenerazione terrea. S'incontra frequentemente nell'arterie, e può essere causa d'aneurismi falsi spontanei. I, 399.

Delirio. Contrindica l'asportazione immediata dei membri violentemente contusi. I, 120. — È cagionato talvolta dal vivo dolore, e dall'infiammazione delle ferite. 197.

Delitescenza. Terminazione dell'infiammazione. — Cosa deve intendersi con questo nome. — Sua opportunità. — Suo pericolo. I, 17. — Evitare ciò che potrebbe dargli luogo. — Mezzo di combattere gli accidenti che promuove. I, 23. — Comunissima nell'erisipela. — Favorevole nel caso d'erisipela per causa esterna. — È spesso seguita da metastasi. 298.

Dentaria (*fistola*), *Ved.* Gota.

Denti (*eruzione dei*). La prima eruzione dei denti succede qualche volta senza alcuno sconcerto di salute. — Spesso è accompagnata da sintomi gravi e allarmanti. Sintomi che s'associano a questa dentizione. *Cura*: subordinata all'indole degli accidenti. — Indicazione generale; incisione delle gengive. III, 371. e seg. — La seconda dentizione è ordinariamente accompagnata da sintomi più gravi della prima. — *Cause* di questa differenza. — Fenomeni simpatici promossi dallo spuntare dei denti. — *Cura*: diretta contro gli sconcerti concomitanti e contro le deviazioni che possono subire i secondi denti. 372.

Denti (*frattura dei*). Sue cause le più ordinarie. — Mezzi di rimediarvi o di riparare agli accidenti che questa frattura può cagionare. III, 374.

Denti (*consumazione dei*). È il risultamento dell'attrito reiterato, che ha luogo nell'azione di parlare e soprattutto nella masticazione. — Il logoro dei denti è proporzionato alla prominenza che fanno, e alla disposizione dei denti opposti. — Finchè la consunzione non è considerabile non produce alcun dolore; ma quando fa gran progressi, rende la masticazione dolorosa e diventa una malattia che richiede i soccorsi dell'arte. — *Cura*: Descrizione del consumo della radica dei denti nei vecchi e negli adulti, natura della malattia. — *Cura* che conviene opporgli. III, 374.

DENTI (*carie dei*). Distruzione graduata della loro sostanza. — Le cause ne sono del tutto incognite. — In alcuni casi la carie sembra trasmettersi per contatto d'un dente malato. — Sua origine, suo corso, suoi sintomi. — Varietà di carie ammesse dal Sig. *Duval*. III, 375. — *Cura*: esportazione della parte cariata, otturamento della cavità del dente, estrazione; difficoltà dell'avulsione relative al sito dei denti, alla forma, alla direzione delle loro radici, allo stato della corona. 377. — Gli istrumenti per cavare i denti si distinguono in tre specie; quelli che agiscono senz'appoggio su un punto solo del dente, come l'oncino, la leva; quelli che agiscono su due punti del dente come i diti, la pinzetta retta e la curva ossia il cane, gl'istrumenti che prendono un punto d'appoggio sulle parti vicine, come la chiave inglese o il pulicane semplice e composto. — Descrizione di questi strumenti e loro uso. 378. — Accidenti che succedono all'avulsione dei denti, mezzi di ripararvi. 380.

DENTI (*lussazione dei*). Questo smovimento è quasi sempre l'effetto di una percossa. — La cura consiste nel ricondurre il dente lussato alla sua direzione naturale, e nel fissarlo ai denti vicini ad oggetto di prevenire un nuovo sloggiamento III, 380.

DENTI (*vacillazione dei*). Deriva sempre da un cattivo stato delle parti destinate a fissarli nei loro alveoli. — Le cause sono locali o generali: esame di queste cause e loro maniera d'agire. — La cura sarà coerente colle cause e colli sconcerti locali che hanno suscitata la malattia. III, 381.

DENTI (*dolore dei*). È qualche fiata un sintoma della carie e di diverse altre malattie dei denti; ma spesso ancora costituisce una affezione essenziale. — Esame delle cause e della loro influenza. — *Cura*; svariatissima relativa alle cause e alle complicanze. III, 381.

Denti (*incrostazione: tartaro dei*). III, 381.

DENTI ARTIFICIALI. III, 382.

DENUDAZIONE (*degli ossi*). *Ved.* Ossa.

DEPOSITO SANGUIGNO. *Ved* ECCHIMOSI.

DEPOSITI ORINOSI. *Ved.* ORINOSI.

DESAULT. Il suo apparecchio per la frattura della clavicola adempie a tutte le indicazioni relative alla cura della rottura di quest'osso. I, 71.

DETERSIVI. Devono essere adoperati per tempo nella cura dell'ulcere che conseguitano alle ustioni. I, 136.

DIABETE. Consiste in una soprabbondante secrezione d'orina leggermente zuccherata o mielata. — Non deve esser confusa con gli altri flussi d'orina non zuccherata. IV, 407. — È una malattia poco comune; i giovani vi sono meno soggetti degli adulti e dei vecchi. 407. — L'etiologia di questo morbo è estremamente oscura. 407. — I caratteri del diabete zuccherino s'inferiscono dalla quantità e qualità dell'orina e dagli sconcerti che soffre il malato. 408. — Quantità enorme d'orina fatta dai diabetici. 408. — Caratteri fisici, analisi chimica dell'orina. 408. — *Segni diagnostici* della malattia, sintomi locali e generali. 409. — In generale il diabete ha un corso lento, spesso dura alcuni anni. 409. — *La diagnosi* di questa malattia non offre alcuna difficoltà. — *Diagnosi differenziale*. 409. — Il diabete è una malattia gravissima che fa spesso perire il malato; sintomi su i quali si deve fondare un felice o infelice prognostico. 409. — Lesioni anatomiche trovate nell'autossia cadaverica. 409. — Nella cura del diabete il regime è l'oggetto il più importante. 409. — Regime animale, bevande vinose poco abbondanti. 409. e seg. — Si fa concorrere varie medele colla dieta animale. 410. — La cura sarà continuata lungo tempo dopo la guarigione. 410.

DIACHILON CON GOMME (*cerotto di*). Il miglior cerotto agglutinativo che si posseda. — Preferibile al drappo d'Inghilterra. I, 148. — È considerato come maturativo. — Maniera di servirsene. 29.

DIAFORETICI. Consigliati nella cura dell'infiammazione in generale. I, 23.

DIASTASI. Denominazione applicata all'allontanamento laterale di due ossi lunghi, articolari fra loro su i lati corrispondenti alle loro estremità, e principalmente dovuta alle lesioni di questo genere che interessano le articolazioni immobili. II, 250. — Ved. *Distrazione*.

Diatesi (*aneurismatica*). *Ved. Aneurismatica.*

Diatesi (*cancerosa*). *Ved. Cancerosa.*

Diatesi (*inflammatoria*). Cosa intendesi con ciò. I, 14.

Dieresi. Ha per scopo la divisione delle parti, la di cui riunione è contraria all'ordine naturale, o forma un ostacolo al risanamento d'una malattia. — Dieresi particolare, consiste nella separazione delle parti, la di cui congiunzione è contro natura. — Dieresi comune racchiude tutte le operazioni in cui si dividono le parti per giungere a qualche fine; si pratica sulle parti dure e sulle parti molli del corpo. — La dieresi delle parti dure consiste in forarle, limarle, raschiarle, segarle, reciderle, bruciarle o disorganizzarle. — Le differenti divisioni delle parti molli sono la puntura, la lacerazione, l'incisione, la punzione, la scarificazione, l'estirpazione, l'amputazione, lo strappamento, la ustione e la disorganizzazione coi caustici. — Mezzi coi quali si dividono le parti disorganizzandole. — Cauteri *ved.* questo nome. — Lacerazione, incisione. — *Ved.* questi nomi. I, 37.

Dieta. Uno dei mezzi più atti a debellare l'infiammazione in genere. — Quel che devesi intendere con questo nome. I, 20.

Digestivi. Impiegati dall'autore nella medicatura delle ferite suppuranti. Non devono essere continuati quando la suppurazione è bene stabilita. I, 152.

Diplopia. Affezione in cui gli occhi trasmettono al cervello due immagini distinte del medesimo oggetto. — *Cause*; ipocondria, errori nella dieta, impressione d'una luce troppo viva; contusione dell'occhio. — La durata della malattia eccede di rado un mese. — La sua terminazione è ordinariamente felice. — *Cura*: coppe scarificate, vessicanti alla nuca; purganti, bevande autispasmodiche, topici aromatici e stimolanti. III, 155.

Disfagia. Consiste nella difficoltà o nell'impossibilità della deglutizione. IV, 52. *Disfagia spasmodica*: s'osserva principalmente nei soggetti nervosi. — Ha luogo costantemente nel corso dell'idrofobia. — Può occupare una parte o la totalità dell'esofago. — I sintomi possono essere modificati in mille guise dall'immaginazione. — Dura poco tempo e cede assai facilmente all'ingestione di bevande oppiate e antispasmodiche. IV, 52, e seg. — *Disfagia paralitica*. — È prodotta dalla paralisi idiopatica o simpatica dell'esofago. — L'invasione della malattia è ordinariamente subitanea. — *Sintomi*; con cui s'affaccia ordinariamente. — La durata e la terminazione di questo malore presentano molte varietà. — La cura è la stessa di quella di tutte le altre paralisi. — *Disfagia da vizio organico dell'esofago*. — È la più frequente e la più difficile a guarire. — Lesioni anatomiche riscontrate nella necrotomia. — Viene sempre in un modo lento e progressivo. — È il più sovente incurabile. — *Cura*: frizioni mercuriali, uso di minugie e di siringhe. IV, 55.

Distrazione. È il resultato d'un moto violento, in cui un'articolazione è stata forzata senza che gli ossi che la compongono abbiano subito uno spostamento sensibile. — La denominazione di *diastasi* è stata riserbata allo slontanamento laterale di due ossi lunghi articolati fra loro su i lati corrispondenti alle loro estremità, e soprattutto al divaricamento delle articolazioni immobili. — La distrazione è più frequente nelle articolazioni ginglimoidali che in quelle orbicolari. — *Cause*; un'azione estrinseca che agisce in modo da portare i movimenti d'un'articolazione ginglimoidea al di là dei loro limiti naturali. — *Segni diagnostici*; violenza esterna; dolore più o meno vivo nell'articolazione malata, senza deformità, senza cambiamento di rapporti delle superfici articolari, ingorgo subitaneo, ecchimosi. — *Prognostico* differisce secondo il grado della malattia, la natura dell'articolazione e la disposizione particolare del soggetto; è tanto più grave, quanto più è legata l'articolazione; pericoloso nei soggetti scrofolosi. — *Cura*, consiste, 1.° Nel prevenire l'ingorgo. 2.° Nel combatterlo quando è sopraggiunto. 3.° Nel favorire la riunione dei ligamenti rotti. 4.° Nel ristabilire il tuono, la forza, la libertà nell'articolazione lesa. — 1. *indicazione*; immer-

gere l'articolazione nell'acqua freddissima che contiene dell'acetato di piombo in dissoluzione; l'immersione sarà continuata lungo tempo; nelle femmine che hanno i loro mestrui, difesa composta d'allume, di sugna e di bianco d'uovo. — 2. *indicazione*; salasso generale e locale, topici ammollienti e anodini. 3. e 4. *indicazione*; uso dei risolutivi, dei leggeri tonici, delle piante aromatiche, delle doccie sulfuree e delle acque minerali. — Compressione nel caso d'edema della parte attaccata. — Allorchè la distrazione ha degenerato in tumor bianco si metterà in uso il metodo curativo consigliato contro quest'infermità. II, 232.

Disuria. *Ved.* Ritenzione d'orina.

Dito (*considerato come strumento*). Deve essere portato negli ascessi quando sono stati aperti, senza distruggere le briglie. I, 101. — Serve a esplorare se esistano dei corpi estranei nella cavità degli ascessi 102. — È il migliore specillo per esplorare le ferite d'armi a fuoco. 201. — Può servire per estrarre le palle dalle ferite poco profonde. 212.

Diti. S'uniscono viziosamente in seguito delle bruciature. — Prevenire questa riunione. 145.

Diti (*lussazione dei*) La prima falange di tutte le dita è suscettiva di lussarsi. — Quella del pollice v'è più esposta di quella degli altri. — Queste lussazioni possono aver luogo in avanti, indietro e su i lati. — Le lussazioni in avanti e su i lati non s'osservano quasi mai, al contrario la lussazione indietro è frequentissima. — *Cause della lussazione indietro*; estensione forzata dei diti. — *Segni diagnostici*: rovesciamento della falange dal lato dell'estensione, rilievo della testa dell'osso del metacarpo alla parte anteriore dell'articolazione, flessione dell'ultima falange. — *Prognostico*: la lussazione facilissima a ridursi quando è recente, diventa prontamente irreducibile. — *Cura*: estensione, contrestensione, coattazione. — Topici risolutivi, fasciatura a spica, sciarpa; antiflogistici, se v'è complicazione d'ingorgo inflammatorio. — Lussazioni delle falangi. — (*Ved.* falangi). II, 373.

Diti (*vizi di conformazione dei*). Hanno rapporto al numero dei diti, alla loro congiunzione, alla loro unione coll'una o coll'altra faccia della mano e alla loro direzione. II, 512. — Diti soprannumeri, loro situazione, loro forma; non devono estirparsi se non quando non sono sulla medesima fila degli altri, e non godono dei movimenti comuni. 512. — L'unione dei diti fra loro è congenita, o accidentale. — *Cura*: nell'uno e nell'altro caso 513. — Condotta del chirurgo nel caso in cui le dita sono adese, immediatamente in tutta la loro lunghezza contro il palmo o contro il dorso della mano. 513. — La direzione viziosa delle dita non è quasi mai congenita; vi si rimedia mettendo delle piccole ferule inviluppate di tela intorno al dito e fissandole per qualche tempo con una fascia. 514.

Dolore. Uno dei principali fenomeni dell'infiammazione. — Sue varietà. I, 16. Violentissimo nella bruciatura; può produrre le convulsioni e il tetano. — I, 159. Considerato come complicazione delle ferite, reca talvolta un disturbo notabile all'economia animale. — *Suoi effetti*. — *Sue cause*: 1.° Sezione incompleta, o lacerazione dei filetti nervosi. — 2.° Presenza di qualche corpo estraneo. — 3.° Presenza d'un liquido stravasato. — 4.° Una infiammazione troppo considerabile. — 5.° Un cattivo metodo di medicatura. *Cura*: relativa alle cause. 189 e seg.

Dolore fisso (*in un punto della testa conseguenza di una percossa*). — Succede talora che dopo la guarigione di una ferita alla testa, rimane nel sito stesso della contusione o della ferita un dolore fisso che aumenta di giorno in giorno e resiste a tutti i rimedi. — *Cause prossime*: del tutto incognite. — *Cura*: se l'osso è sano, bisogna lasciare agire la natura; se presenta un alterazione leggera, bisogna metterlo a nudo per mezzo di un trefine. — Si applicherà il trapano in caso di carie con rammollimento, e nel caso che persista il dolore dopo l'esfoliazione di una porzion di osso necrosato. III, 38.

Donne. Più disposte degli uomini all'infiammazioni del sistema linfatico. I, 10.

Dura madre. Messa a nudo nell'opera-

zione del trapano, acquista talvolta una consistenza cartilaginea e anco ossea. I, 164.

Dura madre (*tumori fungosi della*). Vegetazioni sarcomatose che si sviluppano sulla dura madre. — Possono formarsi in tutti i punti dell' estensione di questa membrana, ma più particolarmente sotto la volta del cranio. — Sono talora, ma di rado, moltiplici. — *Cause*: percosse sulla testa, sifilide costituzionale. — *Sintomi*: nulli talora al cominciamento della malattia; assottigliamento, distruzione degli ossi del cranio, crepitazione speciale, tumore renitente all' esterno del cranio pulsazioni isocrone ai battiti del cuore; dolore ordinariamente poco vivo, qualche volta violento, periodico; lesioni delle facoltà intellettuali dei movimenti. — La durata della malattia è lunghissima; la morte succede d'ordinario instantaneamente tra le convulsioni ed il coma. — *Alterazioni patologiche*. — Questa malattia non deve punto esser confusa coll' ernia del cervello, maniera di discriminare l'una dall' altra. — Non devono esser confuse con le vegetazioni della dura meninge, conseguenza delle ferite della testa, o della carie del cranio. — *Prognostico*: sempre infausto. — *Cura*; incisione, cauterizzazione, estirpazione parziale, legatura; inconvenienti gravi di questi diversi metodi. — Trapanazione consigliata dall' autore, suoi vantaggi, suoi inconvenienti. — L'operazione è contrindicata dai sintomi nervosi che indicano lo sviluppo dei tumori della stessa natura alla base del cranio. III, 52.

E

Ecchimosi. Definizione. — Suoi caratteri. — È formato dal sangue infiltrato, o stravasato nel tessuto cellulare. Suo modo di risoluzione. — Colore successivo della pelle. — Metodo curativo dell' ecchimosi propriamente detta. — Dei depositi sanguigni. I, 212.

Elasticita' È comune a tutte le parti del corpo. — Presenta dei gradi diversi in ognuna di esse. — È una delle cause del divaricamento dei margini delle ferite. I, 150.

Elefantiasi (*dello scroto*). *Ved.* Scroto.

Elevatori. Strumenti destinati a rialzare i pezzi di osso depressi. — Sono di tre sorti: l'elevatore, semplice elevatore, triploide, quello di Gio. L. Petit corretto da Louis. Loro forma, loro uso. III, 40 e seg.

Ematocele. Ved. *Scroto* (*infiltrazione sanguigna dello*).

Ematode (*fungo*). È stato confuso con i tumori fungosi accidentali. I, 421.

Ematuria (*o mitto cruento*). Evacuazione dall' uretra di un sangue più o meno puro proveniente dai reni, dagli ureteri, o dalla vessica, ed espulso dalle contrazioni di quest' ultimo viscere. — Non deve esser confusa coll'emorragia. dell' uretra. IV, 499. — Si distingue in renale, ureterica, e vessicale, secondo che il sangue proviene dai reni, dagli ureteri, dalla vessica. 499. — Quest'emorragia è primitiva, o secondaria. 499. — Si osserva nei due sessi, ma è meno comune nelle donne, che negli uomini. 499. — Può dipendere da un gran numero di cause, di cui le une sono predisponenti, e le altre occasionali; esame critico di queste cause e della loro influenza. 499. — I sintomi sono differenti secondochè il sangue viene dai reni, dagli ureteri, o dalla vessica. 499. — L' ematuria idiopatica è rarissima. 499. — *Segni diagnostici* dell' ematuria renale. 499 e seg. — L' ematuria ureterica è estremamente rara, e non è mai idiopatica, o spontanea: segni ai quali si può distinguerla dall' altre due specie. 500. — L' ematuria vessicale può essere idiopatica, accidentale o sintomatica; segni particolari ai quali possono riconoscersi queste differenti specie. 501. — Il sangue emesso coll' orina si trova in diverse condizioni; secondochè ha soggiornato più o meno lungo tempo nella vessica. 503. — Il *prognostico* dell' ematuria è differente secondo il viscere, da cui sgorga il sangue, la causa della sua effusione, l' età del malato, la quantità del sangue, che versa dall' uretra, o che si stravasa, e si accumula nella vessica. 503. — Segni,

da cui si riconosce il pericolo urgente dell' ematuria. 503. — Le ematurie frequenti, e copiose sono susseguite da febbre lenta, da marasmo, e dalla morte. 504. — La cura dell' ematuria diversifica secondo la specie, le cause della malattia, la quantità del sangue, che evacua il malato, o che si spande, e si cumula nella vessica. 504. — Nell'ematuria sintomatica la cura dev'esser diretta contro la malattia, di cui è sintoma il mitto cruento. 504. — Il sangue accumulandosi nella vescica può accendere l'infiammazione di questo viscere. 505. — *Cura*, con cui si favorisce l' espulsione dei grumi. 506. e seg. — *Cura* igienica, per mezzo della quale si può antivenire la recidiva di questa malattia. 506.

EMERALOPIA. Affezione, nella quale gli occhi perdono la facoltà di vedere in tempo di notte, mentrechè esercitano liberamente le loro funzioni, quando il sole è sull' orizzonte. — *Cause*, diminuzione della sensibilità della retina; certe influenze epidemiche. *Pronostico*; è raramente funesto, la malattia cede in generale con assai facilità. — *Cura*: emetici o purganti, salassi locali e generali, vapori stimolanti diretti sull' occhio. III, 153.

EMIOSSIA. Morbo in cui gli oggetti sembrano tagliati per metà. — *Cause*: gravidanza, ipocondria, applicazione degli occhi continuata lungo tempo sull' istesso oggetto. III, 172.

EMISSARIO. Sovente necessario per combattere la causa che ha dato luogo agli ascessi freddi e per congestione. I, 68. — Sono inutili quando gli ascessi per congestione sono formati. I, 114.

EMORAGIA. Uno degli accidenti primitivi delle ferite. — Cosa si intende con questo nome. — Non deve esser confusa colla semplice effusione di sangue. — Ha luogo il più sovente nel momento in cui è inflitta la ferita. — Circostanze che influiscono sulle conseguenze dell' emorragia. — Quella che deriva dall' arterie è molto più pericolosa di quella che viene dalle vene (*Ved.* vene e arterie). — Più pericolosa all' interno che all' esterno. — Più o meno grave secondo il calibro del vaso, secondo la sua situazione, secondochè essa ha luogo nel tempo di un' operazione o in una ferita, secondo lo stato morale o fisico del malato. — Processi, che la natura mette in uso per frenarla (*Ved.* arterie, *ferite delle*). — I, 180 e seg. — Processi, che l'arte impiega per arrestarla; astringenti, assorbenti, stittici, cauterizzazione, compressione, legatura (*Ved.* questi nomi). I, 187 e seg.

EMORAGIA NASALE. Può essere arrestata coll' uso degli astringenti. I, 188.

EMORAGIA UTERINA. Può esser frenata con li stittici. I, 188.

EMORAGIA (*dell' arteria ranina*). Si arresta facilmente colla cauterizzazione. — Osservazione riportata da Brasdor. I, 190 e seg. — L'emorragia di un' arteria ossificata; di un' arteria situata nella spessezza di un osso, in un alveolo; dell' arteria epigastrica nell'operazione della paracentesi non può essere arrestata che colla compressione diretta. I, 195 e seg.

EMORAGIA. Delle arterie temporale, occipitale, tibiale anteriore, peronea, radiale, può essere arrestata colla compressione laterale. I, 192. — Dell'arterie intercostale, pudenda interna non deve essere frenata che colla compressione laterale. I, 194.

EMORAGIA (*rimedi generali dell'*). Cavata di sangue, dieta, medicamenti interni. I, 197 e seg.

EMORAGIA (*prodotta da uno strumento pungente*). Il sangue che si stravasa nel tessuto cellulare dà luogo a dei gravi accidenti. — Si deve fare la legatura tutte le volte che il vaso è a una certa profondità. I, 221.

EMORAGIA (*prodotta da una ferita d'arme a fuoco*). Ordinariamente poco considerabile al momento stesso in cui è inflitta la ferita. — Sopraggiunge sovente quando la suppurazione comincia a stabilirsi. I, 214 e seg. — Essa può essere utile e prevenire l'infiammazione, quando s' affaccia nel primo momento dell' accidente. — Mettere un verrocchio sull' atto e fare in seguito la legatura. — Lo zaffo deve essere evitato per quanto è possibile. I, 216.

EMOROIDALI (*tumori*) *Ved.* Emoroidi.

EMOROIDI. S' intende per emoroidi non solamente il flusso di sangue dai vasi che si distribuiscono all' intestino retto, ma ancora uno o più tumoretti san-

guigni situati sul margine dell' ano o nell' interno dell' intestino. V, 20. — Le emoroidi sono più frequenti negli adulti che nei fanciulli, negli uomini che nelle donne. 21. — *Cause* predisponenti ed efficienti l' emoroidi. 21. — Sintomi locali e generali che precedono e accompagnano la loro comparsa. 21. — Sono state distinte in periodiche e non periodiche, in costituzionali e in accidentali. 21. — *Tumori emoroidali.* — Hanno la loro sede alla circonferenza dell' ano o nell' interno stesso del retto verso la sua parte inferiore. 22. — Caratteri speciali di questi tumori. 22. — Caratteri anatomici dei tumori emoroidali interni. 22. — La natura dei tumori emoroidali non è ancora perfettamente ben conosciuta. — La maggior parte degli Autori li riguardano come dilatazioni varicose delle vene del retto. 22. — La *diagnosi* dei tumori emoroidali esterni è generalmente facile; s' arguisce dai fenomeni che precedono la loro comparsa e dalla forma che vestono. 23. — La diagnosi dei tumori emoroidali interni è spesso impossibile finchè non hanno acquistato un volume considerabile; essi fanno allora risalto alla circonferenza del retto dopo un' evacuazione alvina. 23. — I tumori emoroidali alla loro comparsa sono sempre complicati d' un certo grado d' infiammazione che può diventare molto più considerabile. 23. — Questa infiammazione si termina il più sovente per risoluzione, talvolta per suppurazione, spessissimo per gangrena e assai frequentemente per induramento scirroso. 24. — *Flusso emorroidale.* — Accompagna frequentemente i tumori emorroidali; può esistere però senza che vi sieno tumori. 25. — Presenta delle varietà relative alle circostanze in cui il sangue fluisce. 26. — Questo sangue scaturisce dall' estremità arteriose; i malati lo rifanno talvolta in grossi grumi, quando l' emoroidi sono interne. 26. — La quantità del flusso emoroidale varia molto. 26. — Caratteri speciali per mezzo di cui si contraddistingue dagli altri profluvi di sangue dal podice. 26. — Quando questo flusso è poco abbondante, si deve riguardarlo come una evacuazione salubre; la sua soppressione può avere le conseguenze le più funeste. 26. — *Prognostico dell' emoroidi.* — Devono essere in certe circostanze riguardate come utilissime all' economia animale. 26. — La situazione dei tumori emoroidali e molte altre circostanze possono rendere questa malattia più o meno incomoda. 27. — *Cura delle emoroidi.* — La guarigione radicale delle emoroidi può essere tentata, quando non sono costituzionali. 27. — Questa cura dev' essere dapprima diretta contro le cause che le hanno prodotte. 27. — Quando sarebbe pericoloso di guarirle, non si deve mirare che a moderar l' intensità degli accessi e a prevenire li accidenti, di cui possono complicarsi. 27. — Se il flusso emoroidale è modico bisogna limitarsi ai presidii dietetici; ma s' è considerabile e se minaccia i giorni del malato, si prescriveranno dei topici ripercussivi, lo zaffo e la cauterizzazione. 27. — Mezzi di richiamare il flusso emoroidale abituale soppresso. — Indicazione dei mezzi atti a combattere l' infiammazione dell' emoroidi. 27. — La legatura l' escisione, i caustici e il cauterio attuale sono i mezzi di cui si deve fare uso per distruggere i tumori emoroidali la di cui presenza non può essere tollerata. 28. — La legatura ha il doppio vantaggio di non spaventare i malati e di non esporli all' emoragia che accompagna sempre l' escisione di questi tumori. 28. — Maniera di praticare questa legatura; sconcerti ai quali può dar luogo. 29. — I caustici e il cauterio attuale per la distruzione dei tumori emoroidali sono abbandonati al dì d' oggi. 31. — La recisione dei tumori emoroidali è il mezzo il più sicuro e il più pronto di liberarne gli infermi; vantaggi e inconvenienti di questo metodo; maniera di praticare la operazione, medicature susseguenti. 31. — Maniera d'eseguire la recisione dei tumori interni. 31. — Zaffamento del retto per arrestare l' emorragia; descrizione di quest' apparecchio. 32. — Mezzi propri a combattere l' infiammazione che tien dietro alla operazione. 34. — Mezzi di prevenire l' obliterazione dell' ano. 34.

Empiema (*operazione dell'*). Con-

siste nel fare un' apertura alle pareti del petto per dare esito a un fluido stravasato in questa cavità. — Sito del petto, in cui deve essere praticata la operazione. IV, 135. — Processo operatorio. 135 e seg. — Condotta che deve tenere il chirurgo, quando il petto è aperto, secondochè il liquido è del sangue, del pus o del siero. 136 e seg. — Maniera di fare le medicature consecutive. 137 e seg.

Empiema. Stravaso di marcia nel petto. IV, 138. — Succede talvolta ad una ferita penetrante nel petto, alla rottura d'una o più vomiche o anco ad un ascesso del fegato, finalmente a una pleurisia 138. — *Segni diagnostici:* dedotti dalla febbre, dai caratteri della respirazione, dalla tosse, dalla conformazione del petto, dell'addome. 138. — Lesioni anatomiche rinvenute nella necroscopia. ivi e seg. — Abbandonato a se stesso l'empiema si termina qualche volta felicemente, ma il più spesso produce la morte. 139. — Strade diverse che segue il pus per escire dalla cavità delle pleure. 139. — Il prognostico varia secondo l'età del soggetto, le cause, la durata, le complicanze della malattia. 140. — *Cura:* si deve aver ricorso alla paracentesi del torace. — Maniere diverse d'eseguire quest'operazione. — (*Ved.* Empiema *operazione dell'*). — Epoca della malattia, alla quale deve essere praticata 140. e seg. — Punzioni successive, iniezioni messe in pratica da Morand. 141 e seg. — Operazione praticata senza successo dall'autore. 141 e seg. — Medicature peculiari che devono seguire l'operazione dell'empiema. 142. — La cura chirurgica dell' empiema dev' essere secondata da un regime e da medicamenti interni adattati allo stato del malato. — Il successo dell'operazione è incertissimo. — *Segni* che devono servire di base al prognostico. 143 — Diminuzione del volume dei polmoni e della capacità del petto. 143. e seg.

Emprostotono. Nome dato al tetano, quando la contrazione occupa i muscoli della parte anteriore del tronco. I, 147.

Encantide. Degenerazione talvolta cancerosa della caruncola lacrimale. — La cauterizzazione del tumore sarebbe inutile e pericolosa. — L'estirpazione deve esser sola tentata. — Maniera di eseguire quest'operazione. III, 99.

Encefalocele. Ernia del cervello a traverso un'apertura del cranio — *Cause:* il difetto d'ossificazione nei bambini e negli adulti una perdita di sostanza del cranio. — *Diagnosi*: tumore rotondo, circoscritto, molle, elastico, reducibile, senza cangiamento di colore alla pelle, che offre delle pulsazioni isocrone a quelle del polso. — *Pronostico*: non ha nulla di sinistro in se stessa. — *Cura*: applicazione d' una fasciatura compressiva, d' una teca di cartone o di cuoio bollito. III, 58.

Eneaux e Chaussier. Citano dei fatti che provano, che il virus carbonchiale introdotto nelle vie alimentarie può produrre la gangrena dello stomaco. I, 312.

Epidermide. Non può infiammarsi. I, 11. Si stacca dalla pelle gangrenata. 118. — La sua densità impedisce qualche volta la bruciatura. 126.

Epilessia *in seguito d' una lesione alla testa da causa estrinseca.* Avviene di rado in seguito delle lesioni dell' encefalo da causa esterna. — È stata talvolta vantaggiosamente trattata colla trapanazione, col moxa. — Opinione dell'autore su questo punto di terapeutica. III, 37.

Epistassi. Perdita di sangue dal naso. Sue cause. — Sua cura. — Descrizione e usi della canula di Bellocq. III, 248.

Erisipela. Definizione. — Può attaccare tutte le parti del corpo. — Occupa più specialmente la faccia, il collo, le estremità. — Si distingue in semplice e in complicata. — Può complicarsi d'una febbre qualunque, di flemmone, d' edema. — Caratteri dell' erisipela flemmonosa, sua gravità, sua terminazione. — Caratteri dell'erisipela edematosa, sua gravità, sua terminazione. L'erisipela è ancora distinta in miliare, pustulosa, periodica, fissa, ambulante. Caratteri dell'erisipela miliare. — Caratteri dell' erisipela pustolosa. *Ved.* Zona. — Carattere dell'erisipela periodica, fissa, ambulante. I, 298. *Cause* divise in interne ed esterne. — Cause esterne rare. — Cause interne, lo stato saburrale ec. — Cause occasionali: passioni, soppressioni di certe evacua-

zioni umorali. 299. — *Sintomi* locali: carattere del rossore, del dolore, flitteni. — Sintomi generali: quelli della febbre che complica l'erisipela. — Terminazioni, delitescenza, risoluzione, suppurazione, gangrena. — La delitescenza è comunissima; favorevole nel caso d'erisipela da causa esterna, e seguita sovente da metastasi. — Risoluzione: modo di terminazione il più felice e il più comune dell'erisipela, suoi caratteri. — Suppurazione, non ha luogo che nell'erisipela flemmonosa, è una terminazione infausta. — Gangrena; terminazione la più trista dell'erisipela, suoi effetti; dipende meno dalla violenza dell'infiammazione che dalla febbre che complica l'erisipela. 300. *Pronostico*: variabile secondo la causa, la sede, l'intensità e le complicazioni della malattia. — *Cura*: dell'erisipela da causa esterna. — Emollienti, risolutivi, ripercussivi, antiflogistici. — Cura dell'erisipela da causa interna; regime antiflogistico, evacuanti, emetici, purganti, tonici; dev'essere diretta contro la febbre primitiva, che la complica. — Cura topica, variabile secondo le terminazioni della malattia; irritante nel caso di delitescenza; risolutiva quando la flemmasia tende alla risoluzione; emolliente nel caso di flemmasia; tonica quando si dichiara la gangrena. 302.

ERISIPELA DELLA FACCIA. È quasi sempre prodotta da una causa interna. — Febbre primitiva; infiammazione consecutiva alla febbre. — *Sintomi*: Sconcerti cerebrali. *Cura*: evacuante piuttosto che antiflogistica. — Trattamento locale, farmaceutico, chirurgico. I, 309.

ERISIPELA PUSTULARE. *Ved.* Zona.

ERNIE DELL' ADDOME IN GENERALE (*differenze delle*). L'ernie possono formarsi in quasi tutti i punti del basso ventre, ma ordinariamente hanno luogo alla sua parte anteriore e inferiore, ove la parete addominale è sprovvista di fibre muscolari, e ove si trovano delle aperture naturali. — *Inguinali*. IV, 236. — *Crurale*. 236. — *Ombelicale* o *Esonfalo*. 236. — *Epigastrica*. 236. — *Del forame ovale*. 236. — *Del perineo*. 236. — *Della vagina*. 236. — *Della mangiatura ischiatica*. 236. — L'ernie che si manifestano sopra altri punti dell'addome sono designate sotto il nome comune d'ernie ventrali. 237. — Ve ne sono altre che si chiamano ernie interne. 237. — Tutti i visceri dell'addome, tranne il duodeno, il pancreas e i reni, possono uscire da questa cavità e formare dell'ernie. 237 e seg. — I diversi visceri del ventre non hanno una egual tendenza a protudere da tutti i punti, in cui si formano le ernie. 237. — Si sono dati differenti nomi all'ernie, secondo i visceri che contengono; *enterocele, epiplocele, entero-epiplocele, cistocele, epiplomfalo, enteromfalo, entero-epiplomfalo, entero-vaginale*. 237. — La porzione del peritoneo portata al di fuori dai visceri che protrudono forma un inviluppo che s'è chiamato *sacco erniario*. — Tutte le ernie non sono racchiuse in un sacco peritoneale. 238. — La grandezza e la figura del sacco erniario sono relative alla grandezza e alla figura del tumore. 238. — La faccia esterna del sacco erniario è unita alle parti circomposte da uno strato di tessuto cellulare, che presenta molte varietà. 238. — La faccia interna del sacco comunica con la cavità dell'addome per un'apertura, alla quale s'è dato il nome di orifizio del sacco. — Varietà di quest'orifizio. 238. — Varietà di struttura del sacco erniario. 239. — L'ernie differiscono ancora fra loro in quantochè le une sono semplici e le altre complicate. 239.

ERNIE IN GENERALE (*cause dell'*). Le cause predisponenti, o remote dipendono dalla disposizione delle viscere addominali e dalle pareti di questa cavità. IV, 239. — Esse possono essere ereditarie. 240. — Le ernie possono formarsi in ogni età, ma uno v'è più sottoposto nell'infanzia. 240. — Le cause efficienti le ernie sono tutte le potenze capaci di spingere le viscere del ventre contro le pareti di questa cavità, o le pareti contro i visceri. 240. — Le cause occasionali non producono le ernie se non vi concorrono le cause predisponenti. 241. — I tumori si formano ora lentamente ora instantaneamente. 241. — Le ernie non assumono mai un volume considerabile sul principio. 242. — Cangiamenti che subiscono i visceri che formano ernia. 242 e seg.

Ernie in generale (*segni delle*). I segni dell' ernie sono comuni e particolari. — Caratteri speciali del tumore. IV, 242. — Segni ai quali si riconoscono e si distinguono l' enterocele, l'epiplocele, l' enteroepiplocele. 243. — I fenomeni che si riguardano come propri a differenziare l' ernia intestinale ed omentale non bastano sempre. 243.

Ernie in generale (*pronostico delle*). Un' ernia che rientra facilmente e che può essere contenuta da un cinto, non è una malattia grave. — Il *pronostico*: varia a ragione del sito, in cui si manifestano delle parti che le costituiscono, della maniera con cui nascono, del loro volume, dell' età del malato e delle circostanze concomitanti. IV, 244.

Ernie in generale (*cura dell'*). La cura dell' ernie consiste nel riporre nel ventre le parti fuoruscite e nel mantenerle ridotte con una fasciatura conveniente. IV, 245. — La riduzione dell' ernie non ha luogo sempre nella istessa guisa. — *Taxis* maniera di praticarlo. 245. — Si mantengono le ernie ridotte esercitando sull' orifizio erniario una compressione non interrotta dopochè le parti sono rientrate. 246. — Le fasciature di cui si fa uso nell'ernie inguinale e crurale sono la spica, la fasciatura di frustagno e il brachiere. — Descrizione e modo d' applicazione di queste fasciature. 246 e seg. — La fasciatura quando è ben fatta e portata senza interruzione può in certe circostanze effettuare la cura radicale di un' ernia. 247. — Si può presumere che l' ernia sia stata intieramente guarita dal tempo in cui è stata portata la fasciatura e da qualche circostanza particolare. 247. — S' è proposto gli astringenti per favorire l' azione delle fasciature compressive. 248. — S' è tentata parimente la cura radicale dell' ernie con diversi processi operatori, come il cauterio attuale. 248 e seg. — La castrazione. 249. — Il punto dorato. 249. — La sutura reale. 249. — La legatura circolare. 249. — L'operazione dell' ernia strangolata è stata applicata del pari alla cura dell' ernie semplici. 249. — Tutte le operazioni praticate per la guarigione dell' ernie semplici sono insufficienti e pericolose. 250.

Ernie in generale (*complicazioni delle*). L' ernie possono essere complicate di dolori, di aderenze, di corpi estranei, di strangolamento e di gangrena. IV, 250. — (*Ved.* più sotto). — *Ernie* (*dolori considerati come complicazione delle*). — I dolori non devono essere considerati come accidenti dell' ernia, se non quando sono acuti. — *Cause*, e cura di questa complicazione. 250 e seg.

Ernie (*aderenze considerate come complicazione delle*). L' ernie antiche sono spessissimo complicate d' aderenze. — Le adesioni presentano molte varietà. 251. — Esse s' oppongono quasi sempre alla riduzione. 251. — *Segni diagnostici* delle diverse ernie complicate d' aderenze, e cura, che si deve impiegare. 251 e seg.

Ernie (*complicazioni delle*). Corpi estranei. — Si fermano talvolta nell' ansa intestinale, che forma l' ernia dei corpi estranei, che sono stati inghiottiti. Questa complicazione non è pericolosa se non se i corpi sono appuntati, o forniti di asprezze. IV, 253 e seg.

Ernie (*complicazione dell'*) *Strozzamento*. Consiste nell' intercettazione completa o quasi completa del corso delle materie, intercettazione, che resulta dall' impossibilità di ridurre l'ernia, e che provoca dei gravi accidenti. IV, 254. — Il ristringimento, la infiammazione, la contrazione delle fibre aponevrotiche, che circoscrivono le aperture erniarie sono stati considerati, per lungo tempo come le cause esclusive dell' incarceramento. 254. Il sacco peritoneale è assai spesso l' agente della compressione, che provano gli organi trasposti. 254. — Le aderenze accidentali, che contraggono tanto insieme, che con le viscere, le pareti del sacco peritoneale, diventano pure talvolta gli agenti dello strozzamento. 255. — Il sacco può esser forato dagl'intestini, e questi essere strangolati nell' apertura accidentale della membrana, che li racchiude. 255. — Gli intestini sono talvolta eglino stessi gli agenti della compressione, che subiscono. 255. — Il passaggio dell' intestino a traverso dell' omento lacerato ingenera il più sovente i sintomi dello strangolamento. 255. — Le materie

accumulate nell' ansa intestinale spossata, e i corpi estranei, che si fermano, diventano qualche volta egualmente le cause dello strangolamento. 255. — Il tessuto cellulare, e il muscolo cremastere possono del pari indurre lo strozzamento. 255. — Quest' accidente è talora la resultanza della riduzione spontanea dell' ernia. 255. — I chirurghi hanno ammesso due specie di strozzamenti, cioè lo strozzamento con infiammazione, e lo strozzamento con ammasso di materie: Richter ne distingue una terza specie, che chiama strozzamento spasmodico. 256. — Segni comuni a tutte le specie di strozzamenti. 256 e seg. — Segni particolari dello strozzamento inflammatorio. 256. — Con ristagno di materie. 256. Dello strangolamento spasmodico. 256. — Certe complicazioni rendono talvolta la diagnosi difficilissima. 256. — Una infiammazione, che si sviluppasse spontaneamente in un' ernia antica, e voluminosa, potrebbe produrre dei fenomeni simili a quelli d'un'ernia strangolata. 257. — Il *prognostico* dello strangolamento è sempre infausto. 257. — Lo strangolamento con infiammazione è sempre più grave dello strangolamento per ammasso di materie, 257. — Nell' enterocele recente lo strozzamento è in generale tanto più grave, quanto più è voluminoso il tumore. 257. — Lo strozzamento dell'ernia inguinale è più grave nella donna, che nell'uomo. 257. — L'ernia intestinale è più pericolosa dell'omentale 257. — Lo strozzamento è più grave negli adulti, che nei fanciulli. 257. — Nella cura dell'ernia strangolata si deve avere per oggetto di sottrarre le parti alla costrizione, che provano, e di riporle nella loro situazione naturale. 257. — Mezzi, che il chirurgo dovrà mettere in uso per ridurre l'ernia prima di passare all'operazione. 257 e seg. — Necessità di devenire prontissimamente all' operazione. 257. — Nell' ernia con strozzamento per ristagno di materie, come in quella in cui lo strozzamento è inflammatorio, si deve dapprima cercare di riporla col taxis; medele generali, e topiche consigliate dagli autori per favorire la reposizione. 258. — Opportunità, vantaggi, inconvenienti dell'applicazioni topiche refrigeranti. 258. — Uso dei purganti. 259. — Quando i differenti mezzi, che il chirurgo ha adoperati non hanno procurato la rientrata dell'ernia, resta a tentare l'operazione. 260. — Non è tanto urgente nello strozzamento per ristagno di materie, quanto nello strozzamento inflammatorio. 260. — Nel caso di ernia entero-epiploica, si deve operare se il solo omento non ha potuto esser riposto. 260. — Gli accidenti persistono talvolta dopo la riduzione. 260. — I purganti sono indicati quando la continuazione di questi accidenti dipende dall'atonia degl' intestini. 260. — Li istessi sconcerti possono aver luogo a causa della persistenza dell'infiammazione intestinale, o dell'applicazione d'una fasciatura prima dell'intera riduzione. 260 e seg. — S' è annoverata fra le cause della preserveranza degli accidenti dello strozzamento la reposizione del sacco coll' intestino. 261.

Ernia in generale (*operazione dell'*). Consiste nello spaccare gl'integumenti, e il sacco erniario nell'ampliare l'apertura, da cui sono fuoruscite le viscere, per farne cessare lo strangolamento, riporle in seguito, e rimediare alle loro alterazioni. IV, 263. e seg. — Strumenti necessari per praticare questa operazione; preparazioni relative al malato. 263. — Situazione del malato; maniera d'incidere i tegumenti, il tessuto cellulare, il sacco. 263. — Manuvre esercitate sull'intestino dopo l'apertura del sacco, riduzione. 266. — Sbrigliamento; circostanze, in cui è necessario; maniera d'effettuarlo. 266. Manuvre esercitate sull'intestino, e modo di riduzione dopo lo sbrigliamento. 267. — Precetti relativi al colore, e alle aderenze dell' intestino. 268. — Spesso è impossibile di fare la riduzione, quando l'ernia è antica e voluminosa, quantunque senza aderenze. 270. — La difficoltà della riduzione deriva talvolta dall' insufficienza dello sbrigliamento. 271. — Introduzione del dito nell'anulo, quando l'intestino è riposto. 271. — Abrasione dei lati del sacco erniario proposta dalla maggioranza degli autori. 271. — Medicatu-

ra della ferita resultante dall'operazione. 271. e seg. — Cause della persistenza dei sintomi dello strozzamento. — Mezzi di combattere questi accidenti. 271. — Ablazione dell'apparecchio, applicazione d'una cintura dopo la guarigione della ferita. 271. — Modificazione dell'operazione nel caso d'ernia entero-epiploica. 272. — L'ernia omentale è in generale meno soggetta di quella intestinale allo strozzamento. 272. — Nel caso di epiplocele strozzato l'operazione non è così urgente come nel caso di enterocele. 274. — Quando l'omento è invaso da gangrena bisogna resecarne ciò, che è mortificato. 274. — Accidenti prodotti dall'aderenze dell'omento coi labbri della ferita, e il collo del sacco. 275.

Ernie (*complicazione dell'*). *Gangrena.* La gangrena dell'intestino è una conseguenza necessaria dell'incarceramento, se non si pratica la riduzione. IV, 276. Questo accidente non è necessariamente mortale. 276. — Sintomi con cui s'annunzia questa complicazione. 276.— Alterazioni organiche riscontrate nella necrossia. 276. — I fenomeni, e le conseguenze della gangrena prodotta dallo strozzamento d'un'ernia intestinale, presentano delle varietà secondo la specie, e il grado dello strozzamento, il volume, e l'antichità dell'ernia, l'età, e la costituzione dell'infermo. 277. Analisi dei fenomeni, che si osservano, quando l'intestino è solamente pizzicato. 277 e seg. — Quando è pizzicato nella maggior parte o nella totalità del suo diametro. 277. Quando, forma un'ansa più, o meno lunga. 277 e seg. — Meccanismo col quale la natura opera la guarigione dopo la gangrena dell'intestino. — Opinione e investigazioni anatomiche di Scarpa. 278 e seg. — Condotta del chirurgo nel trattamento delle ernie con gangrena dell'intestino. 279. — La libertà del corso delle materie stercoracee per mezzo della continuità del tubo enterico, nel tempo in cui l'intestino è strozzato, è stata riguardata come un segno manifesto, che non lo è altro, che in una porzione del suo diametro. 280. — Segni ai quali si riconosce, che l'intestino non è stato gangrenato che incompletamente dopo lo stabilimento d'un ano artificiale. 281. — Niente è più acconcio a secondare le disposizioni della natura alla guarigione, delle bevande lassative, o dei clisteri. 281. — Regole da mettere in uso per lo stabilimento dell'ano contro natura. 282. — Quando l'intestino gangrenato forma un'ansa, la condotta del chirurgo dev'essere differente, secondo che l'intestino è libero, o adeso, e gangrenato in una maggiore, o minore estensione. 282. — Quando l'ansa intestinale è libera, si deve esaminare col massimo scrupolo, se l'intestino è gangrenato realmente, o se conserva tutt'ora la sua vitalità. Segni da cui si riconosce la gangrena dell'intestino. 282 e seg. — Condotta del chirurgo in caso di gangrena. 283. — Maniera di stabilire un ano contro natura, processo di Littre. 283 e seg. — Non si deve stabilire un ano contro natura se non quando sarebbe pericoloso di riunire le ferite dell'intestino. 283. — Processo di Rhamdor per la riunione dei due capi dell'intestino gangrenato. 284. — Questo metodo messo in pratica dall'autore. 284. —Processo di Lapeyronie. 286. — Questi diversi processi sono stati abbandonati. 287. — Metodo generalmente adottato nel caso in cui un'ansa intestinale è gangrenata, e senza adesioni. 287. — Processo della natura nella guarigione spontanea dell'ano artificiale incompleto. 287. — La maggior parte delle persone, che sono risanate d'un ernia col ristabilimento del corso naturale delle materie fecali, sono soggette a delle coliche abituali più, o mene intense. — Cause di queste coliche. 289. — Accidenti consecutivi alla guarigione spontanea dell'ano contro natura incompleto. 289. — Dell'ano contro natura in generale. (*Ved.* questo nome) 291.

Ernia inguinale. Disposizioni anatomiche delle parti, che sono interessate in questa specie d'ernia, o che hanno dei rapporti con essa; situazione respettiva dei muscoli, dell'aponevrosi, del peritoneo. IV, 301. — Rapporti del cordone spermatico. 304 e seg. — Cosa devesi intendere per canale inguinale; suoi orifizi, sua direzione. 305. — Arteria epigastrica, suoi rapporti, sua

direzione. 305. — L' ernia inguinale è stata così chiamata perchè il tumore si manifesta sulle prime all'inguine, e perchè le parti che la formano valicano il canale inguinale. 305. — Quest'ernia presenta nella sua origine delle particolarità notabili secondochè comparisce più, o meno lungo tempo dopo la nascita, secondochè le viscere, che la formano spingono avanti a loro il peritoneo, o che si manifesta immediatamente dopo la nascita, e che i visceri scendono nella tunica vaginale del testicolo. Ernia inguinale ordinaria, ernia inguinale congenita. 305 e seg. — Distinzione in ernia inguinale interna, ed esterna secondo che le parti percorrono, o non percorrono il canale inguinale. 306.

Ernia inguinale esterna. Comincia sempre al lato esterno del ligamento ombelicale. — Suo meccanismo. IV, 307. — Modificazioni impresse nel cordone spermatico dal sacco erniario. 307 e seg. — Il cordone spermatico è il più sovente situato dietro il sacco erniario. 308. — Cambiamento di rapporti dell'arteria epigastrica coll'anulo, consecutivamente alla formazione dell'ernia. 308. — Ernia detta intrainguinale, nel caso in cui i visceri restano nella spessezza della parete addominale; ed extrainguinale nel caso contrario. 309.

Ernia inguinale interna. Comincia al lato interno del ligamento ombelicale. È stata denominata anco ventre inguinale. IV, 310. — Rapporti particolari del cordone, e dell'arteria epigastrica nel caso d'ernia inguinale interna. 310. — È estremamente difficile discernere l'ernia inguinale interna dall'esterna. 310.

Ernia inguinale congenita. Non differisce dall'ernia inguinale ordinaria se non perchè le parti trasposte sono contenute nella tunica vaginale del testicolo. Meccanismo della sua formazione. IV, 310. — I rapporti del cordone, e dell'arteria epigastrica sono li stessi di quelli nell'ernia inguinale esterna. 311. — Differenze, che presentano fra loro l'ernia inguinale esterna, e la congenita 311. e seg. — Disposizione anatomica che rende ragione della facilità dell'ernia inguinale nelle bambine. 311. — Complicazione dell'ernia inguinale ordinaria, e dell'ernia inguinale congenita. 312.

L' Ernie inguinali sono formate ordinariamente dall' intestino tenue, dall' omento e dall' areo del colon. IV, 312. — Di tutte le parti dei grossi intestini, che sono fissati nelle regioni del ventre, il cieco è quello, che si rinviene il più frequentemente nell'ernie inguinali. Ragioni di questo fenomeno; disposizione, che assume quest' intestino. 313. — *Diagnosi,* speciale e differenziale delle diverse specie di ernie. 314. — Negli uomini, e soprattutto nei bambini, che hanno un tumore all' inguine, si deve esaminare se il testicolo della parte malata è disceso nelle borse. 316. — L'ernia inguinale epiploica è talvolta difficilissima a conoscersi. 316. — Si forma qualche fiata nelle cellule del tessuto cellulare del cordone una raccolta di siero, a cui si è dato il nome di idrocele per infiltramento. — Segni ai quali si può distinguere da un' ernia. 316 e seg. — L' epiplocele inguinale forma in alcuni casi un corpo globulare, che può essere preso per un testicolo soprannumerario. 317. — L' epiplocele inguinale può imporre anco per un varicocele. 317. — Questa medesima ernia può esser presa per un sarcocele. 317. — Le idatidi sviluppate nell' ernia omentale possono simulare un idrocele, e rendere la diagnosi della malattia difficilissima: relazione di un fatto di questo genere: 317. — Natura e cause degli accidenti risvegliati, dall' ernia inguinale epiploica. 317. — Il *prognostico* e la cura dell' ernie inguinali semplici sono gli stessi di quelli dell' ernie in generale. 318. — Tuttociò, che è stato detto sulle complicazioni dell' ernie in generale, e della condotta, che deve tenere il chirurgo in ciascuna di queste complicazioni, si applica all' ernie inguinali. 318. — Nell' ernia congenita l' intestini, e soprattutto l' omento contraggono spesso delle adesioni col testicolo; condotta del chirurgo in questa circostanza. 318. — I precetti generali esposti trattando dell' operazione dell' ernia in genere sono applicabili a quella dell' ernia inguinale strangolata con certe modificazioni. 319. — Direzione dell' incisio-

ne, quando il tumore non oltrepassa la piegatura dell' inguine; cambiamento di direzione, dell' incisione nel caso contrario. 319. — Cautele da osservarsi per l'incisione del sacco. 319. — Di tutte le parti dell' operazione la più importante è lo sbrigliamento o il taglio dell' anulo. 320. — Discrepanza di opinioni degli autori relativamente alla situazione, e ai rapporti anatomici dell' arteria epigastrica. 320. — Incisione parallela alla linea bianca proposta da Rougemont, e Scarpa; precetti dell' Autore relativi a questo punto di chirurgia pratica. 321. — Le ernie inguinali antiche, e voluminose sono rarissimamente assalite da strangolamento, precetti peculiari relativi alla riduzione di quest' ernia in caso di strozzamento. 321.

Ernia crurale. È stata così nomata, perchè è situata sulla piegatura della coscia, e perchè le parti, che la formano escono dall' addome passando dietro l' arcata crurale. IV, 322. — Disposizione anatomica dell' arcata crurale, e differenze nell' uomo, e nella donna. 322 e seg. — Cosa si deve intendere per anulo crurale. 322. — Rapporti dell' arcata con le diverse aponeurosi della coscia, e del bacino. 323. — L'ernia crurale è frequentissima nelle donne che hanno partorito, e rarissima nelle fanciulle, e soprattutto negli uomini. 324. — L'ernia crurale esce dallo spazio conosciuto sotto il nome d'anello crurale, o femorale. La sua escita da un altro punto è quasi impossibile. 324. — Direzione dell' ernia fuoruscita dell' anulo crurale. 325. — Quest' ernia acquista di rado un volume considerabile. 325. — La sua forma presenta molte varietà. 325. — Essa è formata ordinariamente dall' intestino tenue; vi si rinviene talvolta ancora l'omento, ma raramente è solo. 325 e seg. — Rapporti anatomici dell' ernia colle parti circomposte. 326. — Rapporti del collo del sacco erniario, dell' arteria epigastrica, del cordone spermatico. 326 e seg. — Il sacco erniario dell' ernia crurale è generalmente sottilissimo. 327. — Segni da cui si riconosce l' esistenza dell' ernia crurale, e si distingue dall' ernia inguinale. 327 e seg. — La discriminazione di queste due specie di ernie è più difficile nella donna che nell' uomo. 328. — *Diagnosi* differenziale dell' ernia crurale, e dei tumori che possono svilupparsi nella piegatura dell' inguine. — Bubbone, ascesso per congestione, varice. 328 e seg. — L' indicazione curativa è in generale di ridurre il tumore, e di mantenerlo ridotto. 330. — La fasciatura adattata a mantenere ridotta l' ernia crurale differisce poco da quella impiegata per l' ernia inguinale; modificazione di questa fasciatura. 331. — L' ernia crurale è soggetta allo strozzamento come l' inguinale. 331. — Le regole fissate trattando dell' operazione dell' ernia in genere, si applicano a quella dell'ernia crurale con delle lievi modificazioni. (*Ved.* operazione dell' ernia in generale). 332. — Necessità di ampliare in tutti i casi il collo del canale femorale, direzione, che deve seguire il bisturì per evitare di ferire le arterie epigastrica e spermatica. 333.

Ernia ombelicale. Ernia nella quale i visceri sono usciti dall' anulo ombelicale, o da un'apertura vicina a quest'anello. IV, 333. — Descrizione anatomica dell' ombellico, e delle diverse parti che lo formano. 334. — È stata distinta in ernia ombelicale congenita, e in ernia ombelicale accidentale. 335.

Ernia ombelicale congenita. Si forma il più ordinariamente nel tempo che il feto è tutt'ora contenuto nell'utero. IV, 399. — S'osserva talvolta negli embrioni i più giovani. 322. — Caratteri generali di quest' ernia. 322. — Essa può acquistare un volume considerabile, e racchiudere qualche volta la quasi totalità delle viscere addominali. 322. — Allorchè è considerabile, fa quasi sempre perire il feto nel seno materno. 323. — Non è sempre mortale, quando non ha un volume considerevole e quando se ne può fare la riduzione. 323. — Cintura impiegata per mantenere l'ernia ridotta e per guarirla. 323.

Ernia ombelicale accidentale nei bambini. I fanciulli sono tanto più soggetti all'ernia ombelicale quanto più son giovani; meccanismo con cui s'effettua: sacco erniario. IV, 324. — Cambiamenti di rapporti fra le parti,

indotti dall'ernia ombelicale dei bambini. 324. L'ernia ombelicale dei bambini racchiude il più comunemente un ansa d'intestino tenue. 324. — Esame delle cause predisponenti ed efficienti di questa malattia. 324. — *Segni diagnostici* di quest' ernia. 324. — Abbandonata a se stessa fa continuamente dei progressi. 324. — La sua *cura* consiste nel fare rientrare il più presto possibile le parti fuoruscite, e mantenerle ridotte per mezzo d'una compressione metodica. 325 e seg. — Descrizione delle fasciature impiegate per mantenere l'ernia ombelicale dei bambini. 325. — Cinto particolare impiegato dall'autore per i bambini di 5 e 6 anni e più. 325. — La compressione metodica produce tanto più sicuramente la guarigione dell'ernia, quanto più il fanciullo è giovine. 325. — La legatura del sacco erniario dopo la riduzione delle parti è stata proposta come il mezzo il più atto a guarire l' ernia ombelicale dei bambini; questo metodo è al giorno d' oggi generalmente riprovato; esame critico di questa operazione dell'autore. 326.

Ernia ombelicale negli adulti. Le parti che forman l'ernia ombelicale negli adulti protrudono non dall'ombellico, ma da un'apertura situata nelle vicinanze e prodotta accidentalmente dalla divaricazione delle fibre della linea bianca. IV, 326. — Forma del sacco erniario e delle parti fuoruscite. 326. — Quest'ernia è raramente formata dall'intestino solo. 326. — La distensione forzata delle pareti addominali produce nelle fibre della linea bianca e nell'anulo ombelicale una disposizione che favorisce singolarmente l'esonfalo. 326. — Quest' ernia si forma ordinariamente con lentezza; il suo volume, la sua forma variano secondo le parti protruse e l'antichità del tumore. 327. — Ella acquista insensibilmente un volume considerabile. 327. — *Segni diagnostici* di quest'ernia. 327. — Essa è sottoposta alle medesime complicanze e ai medesimi accidenti dell'altre ernie. 328. — La *cura* parimente è la stessa di quella dell'ernia inguinale e dell'ernia crurale, si manterrà in sito per mezzo di una conveniente fasciatura, descrizioni e modificazioni di queste cinture. 328. — L'ernia ombelicale è suscettiva di strangolamento come tutte le altre, ma ci va meno soggetta dell'ernie inguinale e crurale, in questo caso l'operazione è sempre urgentissima. 328. — Quest'operazione deve essere praticata secondo le regole dettate parlando dell'ernie in generale; modificazioni particolari introdotte nell' incisione della pelle e dell'aponevrosi addominale. 328. — La gangrena dell' intestino nell' ernia ombelicale esige l'istesso metodo curativo di quella che investe il bubonocele e l'ernia crurale. 329.

Ernia dello stomaco. Quella che comparisce alla parte superiore della linea bianca, alle adiacenze dell' appendice xifoide, perchè s'è creduto che fosse esclusivamente formata dallo stomaco. — Essa contiene il più sovente l'omento o il colon. IV, 330. — *Sintomi e Segni diagnostici* di quest'ernia dedotti dai caratteri del tumore, dall'alterazione degli organi compresi nell'ernia. 330. — Il più di frequente si riduce con facilità quest'ernia, e si contiene coll'aiuto d'una fasciatura analoga a quella che s' impiega nella cura dell' ernia ombelicale. 331.

Ernie ventrali. Si comprendono sotto questa denominazione tutte quelle che si formano nelle regioni anteriori e laterali dell'addome e al lato esterno dei muscoli retti; quest'ernie sono molto più rare dell'altre. IV, 333. — Sono spesso la conseguenza dell'indebolimento delle pareti addominali, delle ferite, delle contusioni del ventre, della lacerazione, del divaricamento dell'aponevrosi. 333. — L'ernie ventrali si formano qualche volta instantaneamente in uno sforzo violento. 333. — *Segni diagnostici di questi tumori.* 333. — L'ernie ventrali devono essere riposte e contenute come tutte le altre; manuale operatorio per la riduzione; descrizione dei cinti usati per contenerla. 334. — Accade di rado che le ernie ventrali si strozzino, l'operazione s'eseguirebbe in caso di strozzamento come per le altre ernie. 334.

Ernia del foro ovale. Le viscere dell'addome possono abbandonare questa cavità seguitando il canale praticato nel forame ovale dal passaggio dei vasi e dei nervi. IV, 334. — È stata os-

servata la prima volta da Garangeot 334. — Di tutte le viscere che l'ernia del foro ovale può contenere, l'intestino ileo è quello che vi si incontra il più frequentemente. 334. — Situazione di quest'ernia; ella fa rarissimamente rilievo al di fuori. 334. — La diagnosi non ne è facile se non quando ha acquistato un volume considerabile assai per presentarsi all'esterno. — *Segni diagnostici di questa malattia*. 335. — Questa specie d'ernia è suscettiva di strangolarsi. 335. — Se la riduzionie non potesse effettuarsi bisognerebbe tentarne l'operazione. 335.

Ernia ischiatica. Ernia in cui le parti escono dalla mangiatura ischiatica; questa infermità è estremamente rara; Papen è il primo che ne abbia riferito un esempio. IV, 335. — Verdier, Camper, Cooper, Lassus hanno parimente osservato dell'ernie di questa specie. 336. Quest'ernia dev'essere trattata come le altre; nel caso di strozzamento l'operazione sarebbe impraticabile. 336.

Ernia del perineo. Gl'intestini possono formare un'ernia al perineo; quell'ernia estremamente rara nell'uomo è stata più spesso osservata nella donna. IV, 336. — Si forma nel luogo in cui il peritoneo si riflette o dal retto o dall'utero sulla vessica. 337. La *cura* di quest'ernia consiste, come pur tutte l'altre, in ridurla e mantenerla ridotta; manuvra operatoria; fasciatura idonea. 337. — L'ernia intestinale del perineo è suscettibile di strozzamento; processo particolare per l'operazione. 337. — Relazione di due fatti d'ernia del perineo osservati da Smellie. 337.

Ernia intestinale nella vagina. Tumore rilevato nella vagina, prodotto da una porzione d'intestino che ha disteso le tuniche di quel condotto e che si è aperta una strada tra le fibre della tunica esterna e ne ha soltanto distesa l'interna; osservata la prima volta da Garangeot; storia del fatto osservato da quest'autore. IV, 338. — Essa occupa più spesso la parte posteriore che l'anteriore della vagina. — Gl'inviluppi dell'enterocele vaginale sono formati dalle pareti vaginali e dal peritoneo 338. — Questa ernia può esser semplice o complicata di cistocele, di pietra nella vescica, di prolasso della matrice o del retto, del polipo uterino del cancro al collo dell'utero e di strangolamento o di restrizione prodotta dalla compreisione della matrice nella gravidanza. 338. — Le cause dell'enterocele vaginale sono le stesse di quelle dell'altre ernie. 338. — La sua formazione è talora lenta e graduata e talora subitanea. 338. — Forma, volume, caratteri del tumore; segni dai quali si riconosce la sua situazione anatomica; *Diagnosi:* differenziale. 339. — La cura di questa ernia consiste nel ridurre il tumore e mantenerlo ridotto; processo della reposizione; fasciature impiegate per mantenerla; pessari. 339. — L'entrocele vaginale è talvolta complicato di strozzamento: segni da cui si riconosce questa complicazione; la reposizione deve essere tentata sull'atto. 340. — Esame della operazione da praticarsi nel caso in cui lo strangolamento non potesse essere tolto. — Qualche volta l'intestino scende persino nelle gran labbra; caratteri speciali di quest'ernia; *cura*. 340. —

Ernia della vescica, o *Cistocele*. Tumore formato da una porzione della vescica fuoruscita dalla cavità addominale. IV, 341. Quest'ernia ha luogo all'anulo inguinale all'arco crurale, al perineo e alla vagina. 341.

— *Cistocele inguinale*. Non ha luogo ordinariamente che da un solo lato, ma può esser doppio. 341. — È molto più frequente nell'uomo che nella donna. 341. Considerazioni anatomiche per spiegare il meccanismo della formazione di quest'ernia. 341. — Vi può essere complicazione d'enterocele con un cistocele. 342. — Nel cistocele inguinale, la vessica dopo aver valicato l'anulo, subisce dei cambiamenti ulteriori notevolissimi. 342. — Il cistocele inguinale è talvolta complicato da strozzamento causato da cumulo di materie muccose e terree, e dalla presenza di una pietra. 342. — Segni diagnostici di questa malattia. 342. — Questa specie d'ernia non può essere confusa con verun'altra malattia. — *Diagnosi differenziale*. 343. — Lo strangolamento dell'ernia della vescica è comunemente accompagnato da infiammazione. 344.

— Il cistocele non presenta pericolo se non quando si forma uno strozzamento. 344. — Condotta del chirurgo nel caso in cui l' ernia è complicata dalla presenza d' un calcolo. 344. — Quando esiste contemporaneamente cistocele o entorocele, se v'è strozzamento, è ordinariamente l'intestino che lo soffre; *cura* relativa all'ernia intestinale. Modificazioni apportate all' operazione dalla prossimità della vescica. 344.

— Cistocele crurale. L' ernia della vescica dell' arcata crurale è molto più rara di quella dell'anulo inguinale. — È stata osservata da Verdier e da Levret. — I segni patognomonici e la cura del cistocele crurale sono li stessi di quelli del cistocele inguinale. IV, 345.

Cistocele perineale. Quest' ernia sebbene rarissima è stata osservata una volta nell' uomo e due volte nella donna. IV, 346 e seg. — Essa non è mai stata osservata nella donna fuori del tempo della gravidanza. 346. — *Segni diagnostici*: di questo tumore. 347. — Un tumore che potrebbe esser considerato come un cistocele perineale è quello che formerebbe al perineo una pietra contenuta nella vescica. 347.

— Cistocele vaginale. Questa specie di ernia della vescica si manifesta esclusivamente alla parte anteriore della vagina. — Essa ha luogo ordinariamente nelle donne che hanno avuto varii figli, meccanismo della sua formazione. IV, 348. — Quando il cistocele ha luogo in una donna incinta può acquistare un volume assai considerabile nel tempo del parto, per difficoltare l' espulsione del feto. 348. — Si sviluppa talvolta pochi giorni dopo il parto. 349. — Il cistocele vaginale semplice poco voluminoso è facile a contenersi per mezzo d' una spugna foggiata a pessario. 349. — Oltre il cistocele vaginale, la vessica è soggetta a un' altra specie di trasposizione a cui s' è dato il nome di prolasso della vessica. — Caratteri di quest' ernia, mezzo di rimediarvi. 349.

Ernia della matrice, o isterocele. La matrice può formare ernia al di sopra del pube, o quando è vacua, o quando è ripiena del prodotto della concezione. IV, 350. — È ben raro che si dia l' ernia dell' utero nel suo stato di vacuità; fatti relativi a questa infermità riportati da Chopart, e da Lallement. 351. — Segni ai quali si riconosce questa malattia, e si distingue dagli altri tumori sviluppati al di sopra del pube. 351. — Fatti relativi all' ernia dell' utero al di sopra del pube nel tempo della gestazione. 352. — L'operazione cesarea è in questo caso il solo metodo curativo da mettersi in opra. 352. — Storia di riduzione dell'utero ripieno del prodotto della concezione riportata da Ruisch. 352.

Ernia dell' ovaio. L' ovaio può varcare l' anulo inguinale, e formare un'ernia. IV, 353. — Storie d' ernia dell'ovaio riportate da Verdier, Pott e Lassus. 353. — La riduzione dovrebb' essere tentata in principio, e l' estirpazione dell' ovaio nel caso d' aderenze. 354.

Ernia toracica. *Ved.* Ernia diaframmatica.

Ernia diaframmatica. Nome dato al passaggio dei visceri dell' addome nel petto per un' apertura del diaframma; questa infermità è talvolta il resultato di un vizio di conformazione; fatto di questo genere riportato da Vicq d' Azyr. IV, 354. — Quasi tutti i fanciulli che nascono con questo vizio di conformazione periscono in capo a qualche mese; qualche volta però la vita può prolungarsi. 355. — Osservazioni di questo genere riferite da Decker, Chauvet, Gio. L. Petit. 355. — L'ernia diaframmatica si fa talvolta per l' apertura del diaframma che dà passaggio all' esofago; ma il più sovente ha luogo da un' apertura accidentale. 356. — Delle ferite del diaframma possono causare questa specie d' ernia. 356. — *La diagnosi* di quest' ernia è della maggiore oscurità; non si può ottenere, che dei segni razionali molto equivoci. — La guarigione di questa malattia non deve essere in conto alcuno tentata. 358.

Ernia del cervello. *Ved.* Encefalocele.

Escara. Ottura alcune volte l'apertura di un vaso. — Così s' oppone all'emoragia. I, 162. — Prodotta dalla potassa caustica colla mira d' aprire gli ascessi freddi. — Inciderla; cautele da usarsi in proposito. — Epoca in cui si stacca. 100. — Caratteri dell' escara che ri-

copre le piaghe infette da putrefazione di Spedale. 197.

Eseresi. Operazione che ha per oggetto di estrarre dalle nostre parti le sostanze eterogenee. — Prima d'estrarre un corpo straniero bisogna rammentarsi la struttura della parte, in cui è situato, e cerziorarsi, se è possibile, della grandezza, della figura, della situazione di questo corpo e della forza colla quale sarà stato scagliato. — Modo di praticare le incisioni; strumenti di cui si deve fare uso. I, 38.

Esfogliativo (*Trapano*). Lama pressochè quadrata, i di cui margini laterali e inferiori sono taglienti, e che offre nel mezzo di quest'ultimo bordo una linguetta piramidale lunga una linea. III, 41.

Esoftalmia. È una infermità in cui il globo dell' occhio è spinto grado a grado fuori dell'orbita da uno, o più tumori che si sono sviluppati nel fondo di questa cavità, o che nei loro progressi si sono estesi fino all' orbita, ed hanno occupato il posto dell' occhio. — *Cause*; l' ingorgo, o l' intumescenza scirrosa dell' adipe che riempie il fondo dell' orbita, un tumor canceroso formato in una delle fosse nasali, o nel seno mascellare, un' esostosi. — *Segni diagnostici*: protuberanza progressiva dell' occhio, infiammazione della congiuntiva, lacrimazione. — *Prognostico*: sempre gravissimo, la perdita dell' occhio è inevitabile, la vita del malato è spesso in pericolo. — *Cura*: combattere le cause diverse che hanno potuto dare orgine ai tumori comprimenti il globo dell' occhio; estirpazione dell' organo. — Ablazione dei tumori che risiedono nel fondo dell' orbita; processi operatorii gli stessi di quelli per l' estirpazione dell' occhio in caso di cancro. (*V.* questo nome). III, 211.

Esofago (*infiammazione dell'*). Questa malattia s' osserva di rado. — Non si estende mai a tutta la lunghezza di questo canale membranoso. Può terminare per risoluzione, per suppurazione, o per gangrena. — *Cura* eminentemente antiflogistica. IV, 302 e seg.

Esofago (*perforazione dell'*). È stata talvolta prodotta dalla compressione che esercitava su questo condotto un tumore aneurismatico; essa è alcuna fiata l' effetto d' una ferita. IV, 303.

Esofago (*rottura dell'*). Può essere cagionata da ulcerazione delle sue pareti, o dagli effetti del vomito. — È stata osservata una volta da Boherave. — È necessariamente mortale. IV, 304. e seg.

Esofago (*costrizione spasmodica dell'*). *Ved.* Disfagia spasmodica.

Esofago (*paralisi dell'*). *Ved.* Disfagia paralitica.

Esofago (*ostruzione dell'*). *Ved.* Disfagia da vizio organico.

Esofagotomia. Consiste nell'aprire l' esofago per estrarre un corpo estraneo, che vi s'è arrestato. — Casi, in cui si deve ricorrere a questa operazione. IV, 312. — Descritta imperfettamente da Verdier, e con precisione da Guattani, praticata con successo da Coursauld. Morand, e Rolland. 312. — Processo operatorio. — Medicature susseguenti. 313.

Esomfalo. *Ved.* Ernia ombelicale.

Esostosi. Intumescenza d' una porzione, o della totalità d'un osso. — Il sistema osseo tutto quanto è stato trovato qualche volta tumefatto nell'istesso individuo. — Tutti gli ossi possono esserne invasi; ma si rinviene più di frequente negli ossi larghi del cranio, nella mascella inferiore, nelle clavicole, nello sterno, nelle costole, e nell' ossa lunghe delle estremità. — È ora come soprammessa alla superficie d'un osso, ora stiloidea, o peduncolata, ora ristretta alla superficie d'un osso piano, ora si sviluppa nell' interno d'un osso lungo, e ne oblitera la cavità. — *Caratteri anatomici*; variabili secondo le diverse specie d'esostosi, divaricazione delle fibre ossee, interposizione di nuova sostanza; sviluppo cellulare, e lamelloso dell'osso (*esostosi laminosa*); tumore cavo, sferoideo contenente delle vegetazioni fungose; tumore solido estremamente compatto (*esostosi eburnea*) vegetazioni ineguali; mammillari, stalattiformi, alterazioni consecutive delle parti molli circomposte. — *Cause*, il virus sifilitico ne è la cagione la più comune; le cadute, le contusioni ne sono spesso le cause occasionali. — Può esser distinta in acuta, e in cronica relativamente alla rapidità del suo corso. II, 214. — *Segni diagnostici*. — *Esostosi acuta lamellosa*; sviluppo

rapido del tumore, dolore intenso, continuo, intollerabile, concitante spesso dei sintomi febbrili, sensibilità estrema alla minima pressione. — *Esostosi cronica eburnea*; aumento lentissimo, dolore quasi nullo, verun disturbo nell'economia; resta stazionaria per tutta la vita. — *Esostosi acuta*; degenerazione, suppurazione dell'osso, distensione, infiammazione, ulcerazione delle parti molli; alterazione del pus, febbre etica, diarrea colliquativa. — *Esostosi sferoidea* con cavità interna, dolori poco violenti, comparsa di fungosità, infiammazione, suppurazione, degenerazione delle parti molli. — *La diagnosi* delle esostosi interne è spesso impossibile a fissarsi in un modo positivo, come pure la specie di degenerazione dell'osso. 216. — *Prognosi*, le esostosi eburnee, e quelle che si sono sviluppate lentamente sono le meno pericolose. — L'esostosi cellulare è la più grave di tutte; l'esostosi fungosa risana più facilmente. 218. — *Cura*: deve esser medica e chirurgica. — *Cura medica*; distruggere la causa, da cui è originata la malattia, oppiati, risolventi, stimolanti. — *Cura chirurgica*: se il tumore presenta una base stretta, si metterà a scoperto, e sarà asportata per mezzo d'un tratto di sega; quando la base è più larga, si fanno diversi incavi col trapano perforativo, e per mezzo d'alcuni tratti di sega, o d'una forbice si levano le porzioni d'osso malate. — Nel caso d'esostosi sferica con fungosità si strappano le fungosità e dopo si sega il collo del tumore; ma quando l'esostosi è antica, quando la suppurazione è copiosa e la vita dell'infermo è minacciata, bisogna procedere prontamente all'amputazione dei membri. 219.

Espulsiva (*compressione*). Cosa intendesi con questo nome. — Mezzo d'esercitarla. — Sua utilità. I, 107.

Essiccazione (*del tessuto cellulare*). Forma la cicatrice delle ferite, suppuranti. I, 168.

Estensione. L'azione per cui si stende tirando a se una parte fratturata, per riporre i frammenti nella loro situazione naturale; deve essere praticata per quanto è possibile sul membro, che si articola col frammento inferiore. — Deve essere fatta gradatamente, cominciata nella direzione, in cui si trova il frammento inferiore, e continuata nella direzione naturale al corpo dell'osso. II, 12.

Estensione continua. Nome dato all'azione di una fasciatura che tirando continuamente in un senso contrario i frammenti dell'osso fratturato, impedisce lo spostamento secondo la lunghezza. — È stata biasimata da qualche pratico. — Si deve evitare di comprimere i muscoli, che passano sul sito della frattura. — Le potenze estensive e contro-estensive devono essere ripartite sulle superfici le più larghe possibili. — Le potenze devono agire secondo la direzione dell'asse dell'osso. L'estensione deve essere lenta, graduata, e deve operarsi in una maniera quasi insensibile. II, 20.

Estrazione. Dei corpi stranieri nelle ferite di arme a fuoco. — *Ved.* Ferite di arme a fuoco.

Estrazione (*della pietra*). *Ved.* Vessica. — *Dei calcoli dell'uretra.* — *Ved.* Calcoli dell'uretra.

Etica (*febbre*). Conseguenza dell'apertura degli ascessi per congestione. I, 48. — È cagionata dalla riassorzione del pus, e delle materie putride. I, 67.

Ettropio. Rovesciamento delle palpebre in fuori. — Può aver luogo alle due palpebre, o a una soltanto. — *Cause*: tumefazione della congiuntiva, rilasciamento di questa membrana, ferite, ulceri, e bruciature delle palpebre. — Il rovesciamento in questo ultimo caso è sempre in ragion diretta della perdita di sostanza, che ha subito la pelle. — *Cura*: differente secondo la causa, che l'ha prodotto. — Antiflogistici, ammollienti, in caso di infiammazione della congiuntiva. — Cauterizzazione delle fungosità della congiuntiva. — Topici stimolanti in caso di atonia della membrana muccosa. — Ablazione di una parte della membrana muccosa nel caso di cicatrici con rovesciamento della palpebra. — Maniera di praticare questa operazione. III, 104.

F

Faccia (*ferite della*). *Di arme a fuoco.* Natura degli sconcerti prodotti da un' arme a fuoco scaricata in bocca. III, 320. — Ricerca, estrazione della palla. 321. — Operazioni necessitate dalla tumefazione inflammatoria della gola. 321. — Processi impiegati per arrestare l' emorragia. 321.

Faccia (*piaghe cancerose della*). Possono attaccare tutti i punti del volto. — Non cominciano sempre nell' istesso modo, e non si presentano sempre sotto la stessa forma. — *Caratteri speciali* dei bottoni cancerosi. III, 302. — Il loro aspetto e il loro corso offrono molte varietà. 303. — *Segni* distintivi di quelle che costituiscono una malattia puramente locale e di quelle che sono dipendenti da una diatesi universale. 303. — Mezzi di prevenire la malattia. 304. *Cura*: ablazione della parte malata per mezzo dei caustici o dell' istrumento tagliente; processi operatorii per asportare la piaga cancerosa collo strumento tagliente. 304. — Maniera di impiegare il cauterio attuale. 304. — Natura dei caustici adoperati per disiruggere le piaghe cancerose della faccia. — Polvere di Rousselot, maniera di stenderla, medicature consecutive. 305.

Faccia (*nevralgia della*). Questa malattia ignota agli antichi è stata descritta la prima volta da Andrè. Fothergill e Pujol. III, 308. — Le principali differenze degli spasmi della faccia dipendono dal luogo che occupano, e dal tipo che assumono. 308. — Varie circostanze portano a credere che lo spasmo convulsivo della faccia abbia la sua sede nei nervi e dietro questa opinione si è dato il nome di nevralgia a quest' infermità in quest' ultimi tempi. 309. — Esame delle cause predisponenti e occasionali della nevralgia della faccia. 309. — Ingruenza, corso, progresso, sintomi della malattia. 310. — *Diagnosi differenziale*. 312. — *Cura*. Gli antispasmodici e i narcotici sono i farmaci, ai quali si è avuto il più sovente ricorso. — Pillole di Meglin, loro composizione; modo di propinarle. — Uso degli evacuanti. 312. — Il salasso è pregiudicevolissimo. 313. — La china torna proficua nelle nevralgie ricorrenti. 313. — Arseniato di potassa; i suoi effetti non sono stati comprovati dall' esperienza. 313. — *Cura mercuriale:* quando esiste complicanza di lue venerea confermata. 313. — Calamita, elettricità. 314. — Vessicanti, setoni, moxa. 314. — Sezione e cauterizzazione del nervo, modo di praticare queste operazioni: fatti riportati dall' autore in appoggio di questo metodo. 314.

Falangi (*frattura delle*. È sempre prodotta da una causa immediata e complicata da una considerabile contusione. — Lo spostamento non ha luogo che secondo la direzione dell' osso. — *Diagnosi*: Mobilità dei frammenti, crepitazione, deformità. — Il *prognostico* non è grave, se non quando vi è schiacciamento. — *Cura*: riduzione facile; fascia circolare, ferula anteriore e posteriore, consolidazione rapida; amputazione della falange in caso di schiacciamento considerevole. II, 382.

Falangi (*lussazioni delle*). Possono aver luogo indietro in avanti e sui lati. — La lussazione indietro è la più facile e la più comune. — *Cause*: cadute, colpi, sforzi, contorsioni delle dita. — *Segni diagnostici*: nella lussazione indietro la falange lussata è rovesciata sul lato dell' estensione; la testa della falange precedente fa risalto alla parte posteriore dell' articolazione. — *Cura*: estensione, contrestensione, e coattazione. — La riduzione di queste lussazioni è facilissima; ma divengono prontamemte irreducibili. — Quando la lussazione è ridotta si contiene la falange col mezzo di pezzette lunghe e di una fasciatura circolare. II, 368.

Falangi (*amputazione delle*). *Ved.* Amputazione.

Fasciature. Nome dato a vari giri di fascia situati su una parte o a più pezzi di tela riuniti e disposti differentemente secondo l' uso, a cui si destinano. Hanno dei nomi particolari tratti dalla loro figura, direzione, ed usi. —

Sono quadrate, triangolari, stellate, circolari, superficiali, contentive, compressive, espulsive, unitive. ec. — Debbono essere mediocremente strette ed applicate sempre esattamente. I, 31.

Fasciature. Uno dei mezzi adoprati per mantenere le fratture in sito. — Non servono che pochissimo a soddisfare a quest' indicazione. — Fasciatura circolare; si fa con una fascia rotolata a un capo. — Modo di applicarla. — Suoi inconvenienti. È poco efficace per opporsi allo spostamento. — Fasciatura a 18 capi; maniera di costruirla e di applicarla; non merita alcuna preferenza alla fasciatura circolare. — Fasciatura di Sculteto è composta di fascie staccate in numero variabile; maniera di disporla e di applicarla, è molto più vantaggiosa della fasciatura circolare e della fascia a 18 capi, soprattutto per le fratture complicate di ferite. II, 16.

Fasciature da ernie. Brachieri: loro descrizione, modo di applicarle. IV, 151.

Fasciature delle ferite. Loro oggetto. — La composizione loro è relativa alla struttura delle parti e ai movimenti di cui sono suscettive. — Preferibili alle macchine. — Rendute più semplici dalle cognizioni anatomiche. I, 152.

Fasciature unitive o incarnative. Casi in cui convengono. — Possono essere nocive. — La loro costruzione varia secondo la situazione e la direzione della ferita. — Descrizione della fasciatura unitiva delle ferite longitudinali; maniera di applicarla, suo modo di agire. — Descrizione della fasciatura unitiva nelle ferite trasverse, maniera di applicarla. — Suo modo di agire. I, 152.

Fasciature agglutinative. *Ved.* Agglutinative.

Fasce. Strisce di tela molto più lunghe che larghe, destinate a cingere le parti e a contenere le fila, le compresse e gli altri pezzi dell' apparecchio. — Variano in lunghezza e in larghezza secondo il volume delle parti, e lo scopo che uno si prefigge applicandole. — Si avvoltolano a un rotolo o a due, secondo la specie di fasciatura che si vuol fare. I, 31.

Faure. Opina che l' amputazione debba esser eseguita immediatamente nelle ferite di arme a fuoco. — Sua opinione combattuta da Boucher. — Discussa e confutata dall' autore. II, 18.

Febbre gangrenosa. Si dichiara negli individui infetti da putrefazione di spedale. I, 200.

Febbre (suppurativa). Sintomatica dell' infiammazione delle ferite. — Si dissipa a misura che si stabilisce la suppurazione. — Talvolta non ha luogo. I, 157.

Febbri (essenziali). Favoriscono lo sviluppo della gangrena di spedale. I, 201.

Fegato (*ascessi del*). Si osservano frequentissimamente. — Variano molto rapporto alla loro sede e al loro volume. IV, 207 e seg. — Possono essere distinti in acuti e cronici. 207. — Hanno luogo più frequentemente negli uomini che nelle donne. 207. — Sintomi dell' infiammazione acuta del fegato; segni da cui si riconosce che la suppurazione va a formarsi o che si è formata. 208 e seg. — Quando l'epatite è cronica e che l' ascesso si forma lentamente i fenomeni che lo annunziano son molto più oscuri. 208. — L' ascesso del fegato si termina in differenti modi, ciascuno dei quali ha dei segni propri. 208. — Il fegato contrae delle aderenze colle pareti addominali, quando l' ascesso si trova vicino alla sua superficie. 208. — L'ascesso può in certi casi aprirsi nell'interno dello stomaco o di un intestino. 208. — Il pus può farsi strada nel petto, quando gli ascessi occupano la faccia superiore del fegato, ed anco far rilievo sotto i tegumenti del petto o dell' addome. 210. — I soli ascessi che reclamano i soccorsi della chirurgia sono quelli che si presentano all'esterno. — Questi devono essere aperti collo strumento tagliente. 211 e seg. — Il pus fornito da questi ascessi ha dei caratteri speciali. 212. — Medicature susseguenti modificate secondo il sito degli ascessi. 212.

Fegato (*ascessi del*). *Dietro le ferite della testa.* — *Cause*: Spiegazione di Bertrandi di Pouteau. — Attribuiti da Chopart, Desault e Callisen alla commozione e alla contusione del fegato nel momento della caduta, questa opinione è confutata dall' autore. — *Se-*

gni precursori tensione, renitenza dell' addome, dolore all' ipocondrio destro e alla spalla dello stesso lato: vomiti spontanei di bile verdastra; costipazione, itterizia. — *Cura*: Cavate di sangue ripetute più volte; bevande dolcificanti e diuretiche, lavativi, rinfrescanti, dieta. III, 39.

Femorale (*aneurisma dell' arteria*). È comunissimo. Non deve esser trattato colla compressione. — Nel caso d'aneurisma falso primitivo, si farà la legatura nel sito stesso in cui il vaso è stato ferito. — Caso in cui sembra preferibile il metodo di Hunter. — *Cura*: dell'aneurisma vero e dell'aneurisma falso. — Necessità di allacciare alcuna fiata l'arteria iliaca. — Casi in cui quest'operazione è stata praticata con successo. I, 392.

Femore (*fratture del*). Nome dato alle fratture del femore al disotto dei trocanteri. — Possono aver luogo in tutti i punti della lunghezza dell' osso, ma principalmente alla parte media. — Sono trasverse e oblique, dirette o per controcolpo. — Lo spostamento ha sempre luogo e s'effettua secondo la lunghezza, la direzione, e la circonferenza dell'osso. *Diagnosi*: dolore fisso, impotenza del membro, scorciamento, cambiamento di direzione; prominenza dell'estremità dei frammenti, mobilità, crepitazione, tumore nella piegatura dell'inguine nel caso di frattura immediatamente al disotto dei troncanteri, tumore nel cavo popliteo nel caso di frattura immediatamente al di sopra dei condili. — *Prognosi*: sempre gravissima, anco quando la frattura è trasversale, ma soprattutto quando è situata immediatamente al disotto dei trocanteri, o al di sopra dei condili. — Esse sono susseguite talvolta dalla perdita del membro, quando sono complicate di contusioni, di ferite, o sono comminutive. II, 93. — *Cura*: riduzione facile, difficoltà estrema a mantenere la frattura in sito. — Disposizione particolare del letto del malato. — Lenzuolo piegato. — Fasciatura di Sculteto. — Due ferule laterali più lunghe del membro. — Ferula anteriore. — Sacchetti ripieni di pula di vena. — Lacci di nastro di lino. — Estensione, contrestensione, coattazione, maniera di praticarle. — Applicazione della fasciatura. L'apparecchio sarà rinnuovato tutti i cinque o sei giorni nel corso del primo mese. — Consolidazione; maniera di constatarla, falsa anchilosi, maniera di curarla. — Questa cura bastante d'ordinario nei bambini è spesso insufficiente per gli adulti, è allora necessario di porre in uso l'apparecchio ad estensione permanente (*Ved.* Frattura del collo del femore). 96.

Femore. (*Frattura del collo*). S'osserva spessissimo. — Può aver luogo indentro o infuori dell'articolazione, o indentro e in fuori nello stesso tempo. — *Cause*: Caduta sul gran trocantere o su i ginocchi. — Lo spostamento talvolta nullo al momento della frattura non tende ad effettuarsi. — — *Diagnosi*: spesso difficilissima, si deduce dai segni seguenti. — Scorciamento del membro col ravvicinamento del gran trocantere e della cresta iliaca. — Rotazione del membro infuori, raramente indentro. — La facilità di rendere all'arco la sua lunghezza e la sua direzione retta naturale col più leggero sforzo di estensione e di rotazione indentro. — L'arco di cerchio poco esteso che il gran trocantere percorre quando si fanno eseguire alla coscia dei movimenti di rotazione indentro e in fuori. — L'impossibilità di flettere la coscia sul bacino, essendo stesa la gamba. — La crepitazione. — Questa frattura può esser confusa colle contusioni violente dell'articolazione colla lussazione dell'osso o con le malattie dell'articolo. II, 100. — *Pronostico*: è sempre estremamente grave. — Alcuni chirurghi hanno riguardato come impossibile la consolidazione. — Quest' opinione è combattuta e confutata dall'autore. — *Cura*: i mezzi contentivi ordinari sono tutti insufficienti. — Qualche autore ha proposto d' abbandonarne la riunione alla natura. — Tutti hanno sentito la necessità dell'estensione e contrestensione permanenti. — Condizioni dell'estensione e della contrestensione continue. — (*Ved.* Estensione continua). Processi d'estensione continua di Guido de Chauliac, di Petit, d'Eistero, di Fabbrizio Ildano, di Belloc, di Gooch, di Brunninghausen. 105.

— Apparecchio di Vermandois e di Desault. — Perfezionato dall'autore. — Descrizione dell'apparato meccanico dell'autore; suoi vantaggi, sua superiorità, maniera d'applicarlo. 113. — Non si deve fare la riduzione della frattura, se non dopo aver sedato tutti gli accidenti che la complicano. — L'apparecchio sarà spesso osservato e ristretto, non si leverà prima del sessagesimo o del settuagesimo giorno, il malato resterà a letto anco per un mese e mezzo dopo la levata dell'apparecchio; si dovrà togliere l'apparecchio più presto, se si formano dell'escare sulle parti, su cui poggiano i pezzi dell'apparecchio. — Falsa anchilosi, cura da opporglisi. 117.

Femore (*lussazioni del*). Sono rarissime a causa della disposizione delle superfici articolari e della solidità dei mezzi unitivi. Possono effettuarsi in alto e in fuori, in basso, indentro, in alto e in avanti, in basso e indietro: — La lussazione in alto e in avanti è rarissima, quella in basso e indietro non ha mai luogo che consecutivamente. — La cassula articolare è sempre lacerata, e il ligamento rotondo si rompe sempre; se pur ciò non accade nella lussazione in basso e in dentro. II, 379.

— *Lussazione in alto e in fuori Cause*: Caduta da un luogo più o meno elevato, nella quale la coscia è portata subitamente e con forza in avanti e indentro. — *Segni diagnostici*: scorciamento del membro, elevatezza della piegatura della coscia, flessione della coscia, rotazione indentro, rilievo formato dal gran trocantere, movimenti di abduzione e di rotazione della coscia impossibile, zoppicamento. II, 379.

— *Lussazione in basso e in dentro*. *Cause*: forza esteriore che agisce portando energicamente la coscia in fuori. — *Segni diagnostici*; allungamento del membro, tumore formato dalla testa del femore al di sotto dell'inguine, appianamento della natica; flessione; abduzione del membro; progressione descrivendo un arco di cerchio. II, 380.

— *Lussazione in alto e in dentro*. *Cause*: Sforzo violento che porta il femore indietro, mentrechè il bacino è spinto in avanti. — *Segni diagnostici*, scorciamento della coscia, rotazione del membro all'infuori, protuberanza della testa del femore nell'inguine, torpore e tumefazione della coscia dietro la compressione dei vasi e dei nervi femorali. II, 381.

— *Lussazione in basso e indietro*. Questa lussazione primitiva è onninamente impossibile. II, 382 e seg. — *Diagnosi differenziale*: delle lussazioni del femore e delle fratture del collo di quest'osso. 382.

— *Lussazioni del femore*. Il loro prognostico dev' essere considerato. — 1.° *Sotto il rapporto degli accidenti da cui possono essere accompagnate*. — Gli accidenti inflammatori sono ordinariamente poco gravi e si dissipano in pochi giorni dopo la riduzione. — 2.° *Sotto il rapporto della difficoltà della riduzione*. — Le lussazioni del femore sono le più difficili di tutte a riporsi in sito; quando esse sono antiche divengono il più sovente irreducibili. — La reposizione ha potuto esser tentata con successo in casi rarissimi alcuni mesi dopo che avevano avuto luogo. — Quando non sono state rimesse in sito, resta sempre una gran claudicazione, e spesso una quasi impossibilità di muovere il membro. — 3.° *Sotto il rapporto delle conseguenze che ne risultano, quando non sono ridotte*. — Nella lussazione in alto e in fuori, la testa dell'osso si consuma, s'appiana e finisce col formare una cavità aspra sulla faccia esterna dell'osso dell'ileo. — Le parti molli circostanti si convertono in una specie di tessuto ligamentoso. — Nella lussazione in basso e in dentro la testa del femore situata nella fossa ovale comprime l'osso e vi si forma una cavità artificiale. — Il membro s'atrofizza e perde la più gran parte dei suoi movimenti e delle sue forze. II, 383.

— *Cura*: riduzione della lussazione. — Maniera di situare il malato. — Estensione, mezzi di praticarla, direzione delle forze estensive. — Contrestensione, mezzi di praticarla, direzione delle forze contrestensive. — Coattazione. — Segni da cui si riconosce che è effettuata. — Modificazioni dell'estensione e della contrestensione relative al modo di lussazione. 386.

Femore (*lussazione spontanea o consecutiva del*). Malattia dell'articolazione ileo femorale, nella quale la testa del femore, spinta a poco a poco fuori della cavità cotiloide, risale sulla faccia esterna dell'osso dell'ileo o scende nella fossa ovale. — *Cause*: possono essere interne o esterne. — Contusione violenta dell'articolazione ileo-femorale. — Questa causa occasionale determina una irritazione che si riannoda con un principio di qualunque, preesistente come il vizio scrofoloso, reumatico artritico, la materia morbosa di certe malattie. — Il vizio scrofoloso è la causa la più frequente. — La lussazione non deve essere in conto alcuno attribuita come lo voleva Gio. L. Petit all'accumulamento della sinovia nella cassula articolare del femore. II, 388 e seg. — *Caratteri anatomici*: allorchè il male è pervenuto al punto da fare perire l'infermo, si riscontrano le alterazioni seguenti; gonfiezza enorme della glandula sinoviale della cavità cotiloide; ingrossamento e rammollimento delle cartilagini articolari; distruzione del ligamento rotondo, concrezioni steatomatose: pus fetido in fiocchi, carie, distruzione della testa del femore e della cavità articolare estendendosi talvolta più oltre sull'osso ileo; ascessi anfrattuosi, fistole. 390. — *Segni diagnostici*. — *Primo periodo*. — Dolore intensissimo che si riferisce all'anca e più spesso ancora all'articolazione del ginocchio. — Allungamento del membro. — Questo sintoma si manifesta quasi nello stesso tempo del dolore; esso è l'effetto della gonfiezza della glandula sinoviale e delle cartilagini articolari; è qualche volta poco considerabile. — La claudicazione è un sintoma costante. — Questo primo periodo ha una durata variabile ed è tanto più rapido, quanto meno l'infermo è avanzato in età. — *Secondo periodo*. — Sintomi relativi al modo di alterazione delle superfici articolari. — Quando la lussazione è prodotta dalla tumidità della glandula sinoviale, si osserva uno scorciamento subitaneo e tutti i sintomi della lussazione del femore in alto e in fuori, i dolori diminuiscono e cessano intieramente; si forma un articolazione contro natura, e i malati guariscono con una claudicazione considerabile. — Quando la lussazione è dovuta alla carie delle superfici articolari, lo spostamento è meno pronto; i dolori continuano; si formano degli ascessi per congestione, e il malato perisce con tutti questi accidenti propri della carie degli ossi. 391. — *Pronostico* gravissimo. — Quando la malattia è recente e leggera, si può sperare di guarirla; ma il male è incurabile, quando esiste una carie scrofolosa delle faccie articolari. 394. — *Cura*: primo stadio. — Se la malattia è dovuta a una forte contusione; riposo assoluto e protratto lungo tempo; dieta severa, salassi generali e locali, topici ammollienti e anodini. — Se la malattia riconosce per causa un principio morboso fissato sull'articolazione, s'applica l'uno dopo l'altro il moxa, il cauterio potenziale, le coppette, i setoni, i vessicanti. I vessicanti hanno una grand'efficacia. — Saranno applicati successivamente intorno all'articolazione e si manterranno in suppurazione. Combattere con delle medicature generali il vizio interno, che ha prodotto la malattia. — *Cura*: secondo stadio. — Riposo assoluto, topici ammollienti per favorire la formazione dell'articolazione contro natura. — Apertura degli ascessi per congestione e cura degli accidenti consecutivi. — (*Ved.* Ascessi per congestione). — Storie di lussazioni spontanee del femore riportate dall'autore. 394.

Ferite. Definizione. — Differiscono fra loro accidentalmente o essenzialmente. — Le differenze loro accidentali sono relative alla loro situazione, alle parti che interessano, alla loro direzione, agl'istrumenti che le hanno prodotte. — Le loro differenze essenziali sono relative alla loro semplicità, alla loro complicazione. — Semplici. — Complicate. — Complicate colla loro causa. I, 138 e seg.

Ferite *fatte da strumenti taglienti*. Modo d'agire delli strumenti taglienti. — Fenomeni della soluzione di continuità, effusione di sangue, dolore, divaricazione dei margini della ferita. — Loro segni divisi in commemorativi e diagnostici. — Loro *segni diagnostici*: sensibili o razionali. — Loro

— *prognostico:* variabile secondo l'estensione e la profondità della divisione, le parti che interessano, le circostanze che le accompagnano, l'età, il temperamento, le malattie. I, 139. — *Indicazioni curative delle ferite da strumenti taglienti.* — Riunione di prima e di seconda intenzione. — Riunione delle ferite per prima intenzione, casi in cui si deve tentarla; condizioni di questa riunione. — Osservazioni riportate da Garengeot, da Gio. Hunter. — Mezzi che l'arte impiega per la riunione delle ferite semplici. — Situazione, fasciature, cerotti agglutinativi, sutura. 141. — Consolidazione delle ferite semplici, mezzi di ottenerla. 150.

Ferite *semplici suppuranti. Cause:* Loro fenomeni, dolore che diminuisce; tracolamento sanguinolento; disseccamento della ferita; infiammazione, suppurazione, bottoni carnosi. I, 153. — Rigenerazione delle carni, 154. — Meccanismo della loro consolidazione, sgorgo e depressione del lembo della ferita; ravvicinamento della pelle, formazione della cicatrice. 157. — *Cura* generale. — Regime dei malati alle differenti epoche della malattia. — Antiflogistici tonici. 158. — *Cura* locale; preservare le ferite dal contatto dell'aria per mezzo d'una conveniente medicatura. 159. — Epoca in cui si deve levare il primo apparecchio, precauzioni da usare per evitare il dolore. — Maniera di procedere alle susseguenti medicature. — Frequenza delle medicature relative alla quantità del pus. — Epoca in cui si deve eccitare le ferite. 160. — *Cause*: che possono ritardare il risanamento delle ferite suppuranti. — *Cause:* interne, cattiva direzione del regime; i differenti vizi e virus. — *Cause* esterne, perdita di sostanza, disorganizzazione della pelle; maniera di medicarle; smagrimento dell'infermo. 162.

Ferite (*accidenti che complicano le*). Questi accidenti sono l'emorragia, il dolore, l'infiammazione, il tetano, la paralisi. — (*Ved.* questi nomi). I, 164.

Ferite contuse. Sono prodotte dai corpi contundenti. — Loro differenze individuali. — Sono semplici o complicate. — Debbono essere nella maggiorità dei casi riunite per prima intenzione. — Mezzo di prevenirvi. — *Cura*: Possono essere complicate d'emorragia, di corpi estranei e d'infiammazione. — Indicazioni da seguire in questo caso. I, 212.

Ferite d'armi a fuoco. Definizione. — In che diversificano dall'altre ferite contuse. — Differiscono molto fra loro. — Agenti da cui sono prodotte, loro modo d'agire. — Disordini locali svariati secondo l'agente, secondo le parti ec. — Sconcerti generali: commozione, stupore. I, 214. — Attrito. — Caratteri delle ferite inflitte dalle palle. — In generale esse non sanguinano. — Colore speciale dei labbri della soluzione di continuità. — Racchiudono frequentemente dei corpi estranei. 216. — Accidenti locali primitivi; dolore, emorragia, torpore, stupore. — Accidenti generali primitivi, nervosi, attribuiti dagli antichi a un preteso veleno. — Accidenti locali consecutivi; ingorgo inflammatorio dipendente dallo stupore e dall'irritazione; gangrena, suppurazione; putrefazione di spedale, soppressione della marcia. — Accidenti generali consecutivi, febbre, convulsioni, tetano, coma. 217. — *Segni delle ferite d'arme a fuoco.* — Distinti in commemorativi e in diagnostici. 219. — *Pronostico delle ferite d'arme a fuoco.* — Non può essere stabilito in una maniera generale. — Varia in ragione d'una moltitudine di circostanze, 219. — *Cura delle ferite d'arme a fuoco.* — Consiste 1.° in cangiare la natura di queste ferite colle opportune incisioni, 2.° in frenare l'emorragia quando ha luogo, 3.° in estrarre i corpi stranieri, 4.° in prevenire e guarire gli accidenti, 5.° in procurare la suppurazione. — *Prima indicazione:* Praticare le incisioni convenevoli. — Vantaggi immensi che procurano. — Non sono necessarie in tutte le ferite d'arme a fuoco. — Necessarie quando i muscoli sono inguainati dall'aponevrosi. — Non devono essere troppo estese. — Sbrigliamenti, metodo per operarli. — Scarificazione del tragitto della palla. — Scarificazione dell'aponevrosi. — Doppio sbrigliamento, se esistono due fe-

rite. — Casi in cui si deve riunire le due aperture. — Estensione dell' incisioni variabile in ragione della parte, e della profondità del corpo straniero. 219. — *Seconda indicazione:* Arrestare l' emoragia. — Applicare dapprima un torniquet. — Fare la legatura. — Zaffare, se la legatura è impraticabile. 221 e seg. — *Terza indicazione:* Ricercare ed estrarre i corpi stranieri. — Assicurarsi prima di tutto se la palla è escita spontaneamente. — Indagini da istituirsi a questo riguardo. — Situazione in cui si deve porre il malato. — Esplorazione col dito. — Esplorazione con un grosso specillo. — L'estrazione delle palle dev'esser fatta nei primi momenti della ferita. — Non si deve tentarla che di rado, quando gli accidenti inflammatori sono sviluppati. — L'estrazione sarà effettuata dalla ferita stessa o da una contrapertura. — Casi in cui si deve praticare la contrapertura, processo operatorio. — Precauzione da prendere prima di procedere all'estrazione. — Le dita possono servire per le ferite poco profonde. — Cucchiaio: maniera di servirsene. — Cucchiaio tira palle; modo di usarlo. — Pinzetta di Percy; maniera d'adoprarla. — Processo operatorio da mettere in uso per gli altri corpi estranei fuor che le palle. — Incassatura d'una palla nella sostanza di un osso, tirafondi di Thomassin. — Trapanazione dell'osso. — Estrazione delle scheggie. — Casi in cui bisogna lasciare i corpi estranei nella ferita. 222. — *Quarta indicazione Curativa.* — Prevenire gli accidenti che possono sopraggiungere, rimediare a quelli che sono già insorti. — Maniera di fare la prima medicatura. — Impiego dei liquidi risolventi. — I topici spiritosi sono nocivi. — Antiflogistici colla mira di prevenire e di temperare l' infiammazione. — Emetici nel caso di saburre gastriche. — Bevande lassative. — Tonici. — Narcotici, antispasmodici. — Rimedi locali; acqua salsa. — Tonici stimolanti nel caso di stupore. — Emollienti anodini. 228. — Maniera di procedere alle medicature. — Devono esser le stesse delle ferite suppuranti. 230.

Ferite d' arme a fuoco (*complicate di fratture comminutive*). Sono spesso mortali. — Considerare dapprima se il membro può essere conservato. — Casi in cui dev'essere praticata l'amputazione. — Epoca alla quale si deve praticare l'amputazione. — Opinione degli autori su questo soggetto. — Opinione di Faure, di Boucher — L'amputazione dev'essere fatta immediatamente. — Motivi di questo precetto. I, 231. — Casi in cui si deve tentare la conservazione del membro. — Fare delle grandissime incisioni. — Praticare delle controaperture. — Estrarre i corpi stranieri. — Situare il membro su un apparecchio a fratture con una fasciatura di Sculteto. — Medicare dolcemente. — Impiego degli antiflogistici. — Prevenire la terminazione per gangrena, il ristagno del pus. — Ostacoli che s'oppongono alla consolidazione delle fratture. — Casi nei quali l'amputazione divien necessaria. 235.

Ferite (*lacerate*) Definizione. — *Cause*: s'associano sempre a dei guasti enormi. — Sono raramente complicate d'emoragia. — *Cura*: la stessa di quella delle ferite suppuranti. I, 238.

Ferite (*da morsi d'animali sani*). Devono essere riportate alla classe delle ferite di punta, da contusione, o lacerazione. — Sono spesso concomitate da gravi accidenti. La loro indicazione è d'antivenire l' ingorgo inflammatorio per mezzo d'una cura antiflogistica. — *Cura*: delle fratture comminutive se gli ossi sono stati triturati. I, 238.

Ferite (*da morsi d'animali velenosi*). Non sono prodotte in Francia che dal morso della vipera. — Modo d'introduzione del veleno nella ferita. — Sintomi del morso della vipera; locali generali. — *Sintomi* locali: dolore, tumefazione, flitteni. — *Sintomi* generali; lesione dell'apparato senziente, del sistema irrigatore. — Gli accidenti son tanto più gravi, quanto più i vulnerati son fiacchi di corpo e di spirito. — Queste ferite sono di rado mortali. — *Cura*: molti rimedi sono stati a vicenda preconizzati e abbandonati. — La cura locale è la più efficace. — Caustici. — Cauterio attuale. — Maniera d'applicare i caustici. — Embroccazioni oleose. — Rimedi interni; ammoniaca liquida; acqua di Luce: maniera di propinare queste medicine. I, 239.

Ferite (*da morso d'animali arrabbiati*). Poco importanti come lesione locale. — Suscitano una serie d'accidenti, a cui s'è dato il nome di rabbia. — Non offrono cosa alcuna che le contraddistingue localmente dall'altre ferite. I, 244. — Si cicatrizzano con l'istessa facilità dell'altre ferite. — Tempo di incubazione del veleno rabido. — Invasione della rabbia. — *Sintomi* locali; quasi nulli. — *Sintomi* generali; nervosi, gravissimi, morte pronta. — *Prognostico* delle ferite: variabile secondo la loro estensione, secondo la maniera in cui sono state inflitte, secondo lo stato morale del vulnerato. — *Cura*: prima indicazione; levare, o distruggere il veleno che è stato depositato nella parte. — Cauterio attuale. — Cauterio potenziale. — Maniera d'impiegare questa medela nelle diverse ferite che producono gl'animali arrabbiati. — Trattare le ferite già cicatrizzate, come le recenti. — Applicazione degli epispastici sul luogo della ferita. — *Cura* interna: poco utile, antispasmodici, ricette empiriche, narcotici ec. 246.

Ferite. (*accidenti consecutivi delle*). Sono il ristagno del pus, la soppressione della suppurazione, e la putrefazione di Spedale. (*Ved.* questi nomi). I, 201.

Ferite di testa, delle articolazioni, dell'addome, degl'intestini, dello stomaco ec. *Ved.* questi nomi.

Ferrand. Ha eseguito con successo l'estirpazione dell'astragalo in un caso di lussazione del piede, complicata di lussazione dell'astragalo sul calcagno e sullo scafoide. II, 399.

Ferule. Stecche di legno, di cartone, o lamine di latta destinate a mantenere le fratture in sito. — Devono essere assai solide per resistere alle cause che tendono ad operare lo spostamento. — Possono esser fabbricate di cartone o di latta per le fratture dei bambini. — La loro lunghezza dev'essere al meno eguale a quella dell'osso fratturato, o estendersi a tutto il membro. — Il loro numero è relativo alla larghezza e alla grossezza del membro. In generale esse devono circuire quasi tutta la grossezza del membro. — Devono essere applicate sulla fasciatura che ricuopre il membro, assoggettate, o mantenute per mezzo di fascie, o di nastri di lino. Cuscini e ripieni che si devono mettere fra il membro, e le ferule, perchè s'acconcino alla forma del membro. — Ferule a estensione continua. (*Ved.* estensione continua). II, 18.

Fessura dell'ano. *Ved.* Ano. — Ragadi.

Fiele (*calcoli della vessichetta del*). *Ved.* Calcoli biliari.

Fiele (*Tumore della vescichetta del*). La bile sola, o mescolata con dei calcoli ammucchiati, o ritenuta nella vessichetta del fiele, può distenderla al segno da produrre un tumore manifesto nella regione dell'ipocondrio destro. Questo tumore è stato talvolta confuso con un ascesso epatico. IV, 212. — La vessichetta distesa diviene ben presto prominente al di fuori, ed è stata presa da Gio. L. Petit per un umore saccato dell'addome. 215. Il tumore formato dalla bile ritenuta nella vessichetta del fiele può sussistere lungo tempo senza produrre gravi sconcerti. 215. — *Diagnosi differenziale* dei tumori della vessichetta, e degli ascessi che si formano alla parte inferiore del fegato. 216. — Nel caso d'infiammazione della vessichetta, può formarsi un ascesso e un'effusione di bile e di pus al di dentro, o al di fuori. 216. — Allorchè l'ascesso della vessichetta s'è aperto al di fuori, se l'apertura è troppo stretta o troppo distante dal fondo della raccolta marciosa per fornire una libera uscita agli umori, e ai calcoli, s'ingrandirà con l'istrumento tagliente, diretto in modo da non distruggere punto le aderenze della vessichetta col peritoneo. 217. — L'apertura di quest'ascesso degenera sovente in fistola. — Queste fistole hanno il loro orifizio più, o meno remoto dalla vessichetta. 217. — Quando i calcoli sono piccoli percorrono liberamente la fistola, e vengono al di fuori. 218. — Una fistola biliare non cagiona molto incomodo, finchè la bile e il pus hanno un esito libero. 218. — Le indicazioni curative delle fistole biliari sono differenti, secondo le cause che mantengono la fistola, e secondo le circostanze, da cui sono accompagnate. 218.

Fila. Ammasso di più fili che si rica-

vano da un pezzo di tela disfacendola. — I fili devono essere mescolati in tutte le direzioni. — Preparate da delle persone infette di malattie contagiose possono prendere delle qualità nocive. Esposte a degli effluvi pericolosi possono caricarsi di miasmi, e comunicarli alle piaghe, su cui s'applicano. — *Fila greggie* quelle, i di cui fili non presentano altra disposizione che quella che prendono mescolandoli a caso. — *Peluria di fila*: lanugine che si leva raschiando il panno lino con un coltello. — Si compone colle fila dei piumacciuoli, degli stuelli, delle toronde, delle faldelle, delle sindoni, dei setoni, delle taste, dei pennelli. I, 31. (*Ved.* questi nomi).

Fila asciutte. È il miglior mezzo di preservare le ferite dal contatto dell'aria. I, 34. — Hanno delle qualità leggermente stimolanti. 37. — Sono utili per arrestare l'emoragia quando sono sostenute dalla compressione. I, 55.

Filo dell'allacciature. Maniera di passarlo attorno all'arterie. — Di fare i nodi, di radunare le legature. I, 182. — Epoca in cui cade. 183.

Fimosi. Disposizione viziosa del prepuzio, la cui apertura è troppo angusta per permettere al glande di passarvi e scoprirsi. V, 121. — Si distingue in naturale ed in accidentale. 122. Il fimosi esiste quasi sempre nei bambini. 123. — Descrizione degl'inconvenienti gravi che possono originare da questa conformazione viziosa del prepuzio. 123. — Si formano talvolta dei calcoli fra il glande e il prepuzio. 123. — Se l'orina prova delle difficoltà a escire bisogna prontamente ricorrere all'operazione, ivi e seg. — Quando il prepuzio è troppo stretto le erezioni diventano dolorosissime. 123. — Il cumulo della materia sebacea fra il glande e il prepuzio suscita tal fiata una flogosi di questa parte; mezzi di rimediarvi. 123. — L'operazione del fimosi consiste nel fendere il prepuzio nella sua parte media, e superiore. — Descrizione del processo operatorio. 123. — Le aderenze del prepuzio col glande rendono l'operazione del fimosi molto più difficile; modificazioni particolari introdotte in questa operazione per questa circostanza. 124. — Medicature consecutive all'operazione. 125. — Il fimosi accidentale non ha quasi luogo che presso i soggetti, la di cui apertura del prepuzio non è assai ampia da permettere di scuoprire e di ricoprire il glande con facilità, la blenoragia e le ulceri veneree ne sono la causa la più comune. 125. — Situazione dell'ulceri che producono il fimosi accidentale. 126. — *Cura* del fimosi in caso d'ulceri sifilitiche. — Circostanze, in cui si è obbligati di praticare l'operazione del fimosi, quando esistono dell'ulceri veneree. 126. — Il fimosi è spesso la conseguenza dell'edema del prepuzio. — *Cura*. 226 e seg. — Negli adulti, e principalmente nei soggetti un poco grassi che sono attaccati da un vizio acrimonioso, si vede talvolta il prepuzio allungarsi, infiltrarsi, e ristringersi. — Cura di questa specie di fimosi. 127.

Fistole (*in generale*). Piaghe anguste più, o meno profonde, disposte in forma di canale, e mantenute da una causa locale. I, 298.

Fistole cutanee. Sono comunissime in conseguenza d'ascessi freddi, e scrofolosi. — Sono cagionate dall'assottigliamento e dalla specie di disorganizzazione della pelle. — *Cura*: rianimare l'azione vitale della pelle col mezzo d'iniezioni irritanti, per provocarne la coalizione; e dividere, e recidere la porzione di pelle che forma una delle pareti del tragitto fistoloso. I, 298.

Fistole *mantenute dal difetto di tessuto cellulare, e dalla mobilità delle parti*. Si rimarca spesso nelle regioni assillare, e inguinale in seguito di vasti ascessi, che hanno distrutto il tessuto cellulare. — *Cura*: compressione, riposo, alimenti analettici. I, 299.

Fistole *mantenute da corpi estranei*. Irritazione e suppurazione prodotta dal corpo straniero. Riconoscere la sua presenza. — Estrarlo. I, 299.

Fistole *mantenute dalla carie degli ossi*. *Diagnosi*: dolori antecedenti nella regione dell'osso; ascesso profondo aderente all'osso; apertura di quest'ascesso; possibilità di riconoscere la carie dell'osso collo specillo. — *Cura*: dev'essere diretta contro la carie dell'osso. I, 200.

Fistole *mantenute dalla perforazione*

d'un ricettacolo, o d'un condotto escretore. Sono prodotte 1.° dalla soluzione di continuità semplice, e da una causa interna, 2.° dalla soluzione di continuità con perdita di sostanza, 3.° da soluzione di continuità con obliterazione del condotto escretore, 4.° dalla soluzione di continuità che risulta da una ulcerazione prodotta da causa interna. 1.° *caso*; *indicazioni curative*; riunire la ferita di prima intenzione, distornare l'umore che si versa da una strada accidentale, dare alla fistola una direzione conveniente; 2.° *caso*: *indicazioni curative*; deviare l'umore che tende a farsi strada dall'apertura accidentale; 3.° *caso: indicazioni curative*: ristabilire, se è possibile il diametro naturale del canale; 4 ° *caso*: *indicazioni curative*: combattere dapprima la causa generale che ha prodotto la fistola; dilatare in seguito il condotto e deviare l'umore separato. I, 200.

Fistole, *che comunicano con una cavità interna*. Persistono quando le pareti della cavità non possono deprimersi, e segregano continuamente un umore particolare. — Applicare un otturatore per rimediare alla deformità, che ne resulta, o facilitare per un'altra via lo scolo dell'umore separato. I, 202.

Fistole (*accompagnate da callosità*). Sono alimentate da un'irritazione permanente nel tragitto fistoloso. — Introduzione d'un caustico nella fistola per distruggere la callosità, e procurare un infiammazione adesiva. I, 202.

Fistole orinarie uretrali. Si chiamano così le fistole prodotte dalla perforazione dell'uretra, e mantenute dal passaggio continuo dell'orina. IV, 548. — Siti nei quali possono aprirsi queste fistole. 548. — La diagnosi ne è facilissima, quando hanno la loro sede nel corpo della verga, nello scroto, e nella parte anteriore del perineo, sintomi locali. 548. — Il prognostico delle fistole orinarie complete è differente, secondo la loro sede, le loro cause, la loro semplicità, o la loro complicazione. 549. — Per sanare queste fistole bisogna rendere al canale dell' uretra il suo calibro naturale per mezzo delle siringhe. 549. — Quando le malattia è finita, è ancora necessario di mantenere l'uretra nello stato di dilatazione, che se gli è procurato continuando l'uso delle siringhe per lunghissimo tempo. 550. — La magrezza estrema dei malati può opporsi invincibilmente alla guarigione delle fistole. 550. — Le fistole orinarie, che corrispondono al corpo della verga sono ordinariamente incurabili, quando hanno una certa estensione. 552. — Fa d'uopo estrarre con diligenza i corpi stranieri la cui presenza mantiene spesso le fistole orinarie. 552. — *Cura* locale delle callosità, che mantengono le fistole. 552. — Operazione necessaria per rimediare agli sconcerti indotti dalla difficoltà del passaggio dell'orine a traverso i tragetti fistolosi. 552. — Uso d'una canula a permanenza commendato per risanare i condotti fistolosi, e non conservare che una sola apertura accidentale. 553.

Fistole all'ano. *Ved.* Ano.

Fistole del canale di stenone. *Ved.* Canale di stenone.

Fistole dei denti. *Ved.* Guancie.

Fistole delle guancie. *Ved.* Guancie.

Fistola lacrimale. *Ved.* Lacrimale.

Fistole della parotide. *Ved.* Parotide.

Flebotomia. V. salasso.

Flemmone. Ha la sua sede nel tessuto cellulare. — Attacca le parti, in cui il tessuto cellulare esiste in maggiore abbondanza. — Dev'essere distinto in interno, ed esterno. — È sempre prodotto da una causa irritante sia interna sia esterna. — *Sintomi* locali: caratteri particolari del dolore, del rossore, del calore, della tumefazione. — Sintomi generali: febbre primitiva, e consecutiva. — Sue terminazioni. La sua delitescenza è molto rara. — La risoluzione succede spesso, e dev'essere favorita. La suppurazione accade quasi sempre; epoca in cui s'affaccia, *segni*, che la precedono. — Termina qualche volta per gangrena, *cause*, *segni* di questa terminazione. — Può terminare per indurimento, principalmente negli organi glandulari. Il *prognostico* varia a seconda dell'estensione, o della violenza della flogosi, secondo la natura, e la situazione relativa delle parti infiammate. — *Cura*: essenzialmente antiflogistica, qualche volta evacuante. — I ripercussivi non possono

essere impiegati, che al principio della malattia.—Gli emollienti, gli anodini, i narcotici convengono quando il dolore è intensissimo, i maturativi quando l'infiammazione è troppo poco attiva. I, 301.

Flemmone delle gran labbra. *Ved.* Gran labbra.

Flemmonosa (*erisipela*). Suoi caratteri, sua gravezza, sua terminazione. I, 298.

Flitteni. Si formano sulla pelle gangrenata. I, 118. — Si incontrano spesso intorno alle ferite da morsi di animali velenosi. I, 299. — Nell' erisipela. II, 10 e seg.

Flusso emorroidale. *Ved.* Emorroidi.

Flusso palpebrale. *Ved.* Palpebrale.

Flussione delle guancie. *Ved.* Guancie.

Fluttuazione. Indica la riunione del pus in un deposito. — È facile a riconoscersi, quando l' ascesso è superficiale. — È talvolta difficile a constatarsi. I, 87.

Follicolo del furuncolo. *Ved.* Furuncolo.

Follicoli della pelle. Sono soggetti ad un' affezione particolare. — È questa costituita dall' ammasso di materia sebacea. — Si osserva in tutte le parti del corpo. — Sono delle vere cisti ripiene di sevo. — Cominciano spesso con delle pustolette. Questa malattia è esente affatto da pericolo. — *Cura*: toglier la materia sebacea contenuta nella cisti, e introdurre nella di lei cavità una sostanza escarotica per distruggerne le pareti. I, 218.

Fomente. Preferibili ai cataplasmi nei casi in cui la pelle è infiammata essa pure. Maniera di comporre le fomente ammollienti, di mantenere il loro calore. Devono essere in certi casi rimpiazzate da delle abluzioni. Fomentazioni oleose; loro inconvenienti. I, 22. — Fomentazioni spiritose, e aromatiche raccomandate per richiamare alla vita le parti gelate. 128.

Fontana. Riguarda la potassa caustica, come un vero specifico nella cura delle ferite da morsi di animali velenosi. I, 237.

Forchetta (*malattie della*). V, 154.

Fournier. Suo metodo di curare il tetano traumatico. — Preconizza soprattutto l' acqua di Luce. Storie di malattie. 154. — pertinenti. I, 197.

Fragilita' dell' ossa. (*Ved.* Ossa).

Fratture *in generale*. Soluzione di continuità di uno o più ossi. — Devono esser considerate secondo 1.° le loro differenze 2.° le loro cause. 3.° i loro segni. 4.° il loro prognostico. 5.° la loro cura. 6.° la formazione del callo.

Fratture (*differenze delle*). Sono relative all' osso offeso, al punto dell' osso in cui succedono, alla direzione secondo la quale è rotto alla posizione rispettiva a dei frammenti; finalmente alle circostanze che le rendono semplici o complicate. — Relative all' osso leso; le fratture degli ossi corti o dell' ossa larghe sono molto più rare: quelle degli ossi lunghi si incontrano tutti i giorni. — Relative alla parte dell' osso in cui succedono; si effettuano il più ordinariamente alla parte media, altre volte più o meno vicino all' estremità degli ossi. — Relative alla direzione secondo la quale l' osso è rotto; frattura trasversale, o a rapa obliqua o a becco di flauto, comminutiva o complicata. — Alcuni autori hanno ammesso ma a torto la frattura longitudinale. — Relative alla posizione respettiva dei frammenti; lo spostamento può aver luogo, 1.° secondo la spessezza dell' osso, 2.° secondo la lunghezza dell' osso, 3.° secondo la direzione dell' osso, 4.° secondo la circonferenza dell' osso. — Cause dello spostamento (*Ved.* Spostamento). — Relative alle circostanze da cui le fratture sono accompagnate, la frattura è semplice quando un osso solo è rotto, composta quando un osso è rotto in più punti o quando lo sono i due ossi di un membro; complicata quando è accompagnata da accidenti che moltiplicano le indicazioni. Possono essere complicate di contusioni, di ferite, dell' apertura di un gran vaso, di lussazioni, di malattie. II, 4.

Fratture (*cause delle*). Cause predisponenti la situazione di un osso in vicinanza dei tegumenti; i maggiori sforzi che le ossa devono sopportare abitualmente, la vecchiaia, la diatesi cancerosa. — Cause efficienti, violenta contrazione dei muscoli, violenze esterne applicate o all' estremità degli ossi o nella loro continuità. II, 9.

Fratture (*segni delle*). Si distinguono

in razionali e in sensibili. — Segni razionali; dolore, impossibilità di muovere il membro. — Sono insufficienti. — Segni sensibili, cambiamenti sopraggiunti ad un tratto nella conformazione, nella lunghezza, nella direzione del membro; divaricazione o ineguaglianze riscontrate col tatto; crepitazione prodotta dalla confricazione degli estremi fratturati l' uno contro l'altro. II, 10.

Fratture (*pronostico delle*). Varia secondo la specie di osso fratturato. — Le fratture dell' ossa superficiali e di quelle dell' estremità superiori sono meno pericolose di quelle degli ossi situati profondamente e di quelle degli ossi degli arti inferiori. — Secondo il sito della frattura; le fratture sono meno pericolose, quando hanno luogo nella parte media degli ossi di quando si sono effettuate vicino alle articolazioni. — Secondo la direzione della frattura; le fratture trasverse sono meno pericolose dell' oblique. — Secondo le circostanze particolari che le accompagnano: le fratture semplici sono sempre meno gravi delle complicate di contusioni, di ferite, di emorragia, o di lussazione. — Secondo l' età dell' infermo: sono meno pericolose nei bambini che nei vecchi, nelle donne non gravide che nelle incinte. II, 13.

Fratture (*terapeutica generale delle*). La cura generale delle fratture racchiude tre indicazioni principali; riporre i frammenti nel loro sito naturale, mantenerli in questo stato, antivenire gli sconcerti o riposarvi. II, 14.

Fratture (*mezzi di riduzione delle*). Estensione, contrestensione, coattazione (*Ved.* questi nomi). — La riduzione è sovente difficilissima; essa è facilitata dal mettere il membro nella semiflessione. — È spesso impedita dall' irritazione e dalla gonfiezza dei muscoli, ella è allora agevolata dalle emissioni di sangue, e dai bagni. II, 14.

Fratture (*mezzi di mantenerle ridotte*). Situazione nelle fratture degli arti inferiori; il paziente deve rimanere coricato fino all' intera formazione del callo. — Maniera d' apparecchiare il letto; i muscoli devono essere tenuti nel rilasciamento. — Il membro deve sempre avere il punto d' appoggio perpendicolare. — Fasciature, rotoli, cuscini, ferule (*Ved.* questi nomi). II, 16 e seg. — Estensione continua (*Ved.* questo nome). II, 22.

Fratture complicate (*cura delle*). Complicazione di contusione; salasso, topici emollienti; evitare di stringere l'apparecchio contentivo. II, 25. — Complicazione d' emoragia; legare l'arteria offesa al di sopra e al di sotto della ferita. 25. — Complicazione di ferite, se v' è uscita dei frammenti, ingrandire la ferita e ridurre la frattura a meno che non v' abbisognino delle trazioni troppo violente. 25. — *Fratture comminutive.* — Amputazione nel caso di frattura comminutiva che rende improbabile la conservazione del membro; istesso processo per la riduzione delle fratture semplici. — Asportazione delle scheggie che sono quasi del tutto staccate, modo di medicarle, e cura speciale di queste fratture; loro pericolo, destano spesso la gangrena del membro. 26. — Complicazione di lussazione, ridurre se è possibile la lussazione prima della frattura; ridurre la frattura prima della lussazione nel caso in cui non si potrebbe tentare senza pericolo la reposizione delle faccie articolari. 30.

Fratture (*consolidazione delle*). S'opera per mezzo del callo. — Ha luogo in uno spazio di tempo variabile secondo l' età, il temperamento del malato, la spessezza dell' osso, il peso che deve sostenere, la stagione e lo stato di salute dell' infermo. — È più rapida nei fanciulli che negli attempati, nelle persone robuste che nelle deboli e cachettiche, nelle ossa sottili che nelle grosse, durante la primavera e l' autunno, che nell' inverno e l' estate, nel periodo di salute che quando esiste qualche vizio o qualche cachessia. II, 30. — Condizioni di questa consolidazione; i due frammenti devono godere della vita comune; i frammenti devono corrispondersi esattamente colle superfici della rottura; i pezzi ossei debbono esser mantenuti in una perfetta immobilità. 32. — Opinione degli autori sulla formazione del callo. 32. (*Ved.* Callo). — Condotta da tenersi all'epoca ordinaria della consolidazione delle fratture; assicurarsi se il callo ha acquistato la solidità convenevole; rimediare alle cause locali della non consolida-

zione, combattere le cause generali che s'oppongono a questa consolidazione; persistere nell'uso dei mezzi contentivi, quando il callo non ha per anco acquistato una solidità conveniente. 34. — Articolazioni contro natura (*Ved.* questo nome).

FRATTURE IN PARTICOLARE. Del naso, della mascella inferiore, delle vertebre, delle coste (*Ved.* questi nomi.)

FREDDO. Nocivo nelle infiammazioni I, 21. — Fa nascere sovente il tetano. 201. — Diminuisce l'azione organica dei vasi. — Fa scomparire tutti i fenomeni della vita. — Pone le parti in uno stato d'asfissia. — Fa sentire la sua azione tanto ai solidi che ai liquidi. — Non la comunica egualmente a tutte le parti del corpo. — S'estende a lung'andare fino agli organi interni. — Produce la morte colla sua azione o repentina o troppo protratta. — È impiegato per richiamare alla vita le parti gelate. 118.

FRENULO DEL PENE (*lunghezza eccessiva del*). Operazione necessaria per guarire questa deformità. V, 14.

FRIZIONI. Spiritose e aromatiche consigliate per rianimare quelli che sono stati gelati. I, 102.

FUMICAZIONI (*di Guyton*). Proposte per preservare i malati dal contagio della putrefazione di spedale. I, 129.

FUNGO DELLA VESCICA. *Ved.* Vescica.

FUNGOSI SANGUIGNI (*Tumori*). Differiscono tra loro sotto vari rapporti, secondochè sono congeniti o accidentali.

FUNGOSI CONGENITI (*tumori*). Ora son unici, ora moltiplici. — S'incontrano principalmente alla testa, al collo e al tronco. — Sembrano formati ora dalla dilatazione delle vene capillari, ora da quella dell'arterie capillari. — Si annunziano con una macchia rosea. — Sono spesso confusi con le voglie o nei materni. — Rimangono talvolta lungo tempo stazionarii. — *Diagnosi* tratta dal loro colore, dalla loro forma, dalla loro struttura anatomica, dagli sconcerti concomitanti. — Quelli che sono formati dal sangue nero hanno una struttura particolare analoga a quella dei corpi cavernosi o della placenta. I, 392. — *Cura*: Non deve essere tentata, quando i tumori sono poco voluminosi e stazionari. — La compressione è alcune volte utilissima, e dev'essere messa in opra tutta volta che il tumore offre un punto d'appoggio solido. — Storie di malattie ivi pertinenti. — La compressione è del pari suggerita per impedire lo sviluppo delle macchie di nascita. — Cauterizzazione meno efficace dell'escisione. — Ablazione del tumore, storie di malattie relative; dev'essere praticata per tempo; dev'essere completa, altrimenti la malattia ritorna. 400.

FUNGOSI SANGUIGNI ACCIDENTALI (*tumori*). Sono stati confusi con i tumori designati sotto il nome di fungo ematode e con degli aneurismi. — Descritti da Pott, Pelletan, Sennert, Fabbrizio Ildano. I, 402. — Aumento del tumore dapprima impercettibile, poscia più rapido; emorragie bavose ricorrenti frequentemente. I tumori presentano talvolta nel loro centro una ingannevole fluttuazione. — *Caratteri anatomici*; tessuto cavernoso, che invade il tessuto cellulare, i muscoli. — *Cause* incognite. — *Diagnosi*: sempre difficilissima. — Possono esser confusi con degli ascessi freddi, e linfatici. — Sono d'ordinario mal circoscritti, o indolenti. — *Prognostico*; è sempre tristo; è tanto meno grave, quanto meno sono considerabili i tumori e meno profondamente situati. — *Cura*. L'asportazione totale del tumore, o quella del membro deve essere praticata. La cauterizzazione sarebbe sempre insufficente. 407.

FUOCO. Nome dato a delle malattie carbonchiose dei bestiami che hanno trasmesso la pustola maligna all' uomo. I, 302.

FURUNCOLO. Suoi caratteri. — Ha la sua sede nel tessuto cellulare. — La pelle è sola consecutivamente attaccata. — Si manifesta in quasi tutte le parti del corpo. — È ordinariamente multiplo. — Varia in volume. — Dipende sempre da causa interna. — Comparisce frequentemente dopo le malattie gravi, di cui forma talvolta la crise. — Sintomi locali dedotti dal corso del tumore. — Sintomi generali febbrili; si affacciano di rado. — Ingorgo consecutivo delle glandule linfatiche. — Termina sempre per suppurazione e per gangrena. — Barbica, qualche volta

multipla. — È una malattia pochissimo grave. — *Cura* : deve avere per scopo di favorire la suppurazione e la escita della barbica. — Unguenti maturativi, diachilon, cataplasmi. — Le incisioni non sono utili che per favorire l'escita d'una barbica troppo grossa. — Caratteri della cicatrice. — Cura generale diretta contro la malattia interna che produce i furuncoli. I, 300.

G

GAMBA (*frattura della*). Nome dato alla frattura simultanea della tibia e del peroneo. — È prodotta da una causa diretta o per controcolpo. — Ha luogo a delle altezze ed in direzioni differenti. — Lo spostamento può aver luogo in tutti i sensi, ma è relativo alla direzione della frattura, ed alla causa che l'ha prodotta. — Può esser tale che uno dei frammenti si faccia strada attraverso gl'integumenti. — La *diagnosi* ne è estremamente facile; la deformità, la crepitazione sono manifestissime. — La riduzione è facilissima; la fasciatura a capi staccati delle ferule di legno dei cuscini di pula di vena e dei nastri di lino sono sufficenti a contenere la frattura della gamba; maniera di applicare l' apparecchio, epoche in cui fa d'uopo rinnovarlo e levarlo. II, 148 e seg.

GANGLIO. Tumore cistico che si forma sul tragitto dei tendini, particolarmente su quelli che sono rinchiusi in una guaina e lubrificati da un umor sinoviale. II, 488. — Si osserva principalmente alla mano. 4. — Si sviluppa per l' ordinario spontaneamente e senza causa cognita. 5. — I rimedi topici, la compressione, l'incisione e la estirpazione sono stati proposti per guarire il ganglio. 5 e seg. — I topici non sembrano all'autore di alcuna utilità. 6. — La compressione ha comunemente più successo: differenti metodi impiegati per rompere la cisti 6. e seg. — L'apertura del ganglio può esser fatta da una incisione o da una semplice puntura; la puntura è preferibile. 7 e seg. — L'estirpazione è il metodo curativo il più sicuro: maniera di praticarla. 8 e seg. — Si sviluppa sovente alla parte posteriore del carpo un tumore cistico che si è riguardato come un ganglio; differisce da quest'ultimo per le sue cause, i suoi caratteri e la sua cura. 9 e seg. — Fatti diversi relativi al modo di sviluppo e alla cura dei tumori cistici del carpo. 492.

GANGRENA. Definizione. — Non dev'essere confusa coll'asfissia locale. — Paragonata coll'asfissia locale. — Suo corso — Suoi caratteri. — Distinta in gangrena propriamente detta e in sfacelo. — Dev'essere contraddistinta dall'indebolimento delle proprietà vitali di una parte. — Gangrena umida. — Gangrena secca. — Suo corso, suoi fenomeni, sue indicazioni curative, variabili secondo le cause. — *Cause:* esterne o interne. I, 118.

GANGRENA (*per infiammazione*). Frequentissima. — Nasce in due maniere. — Ha luogo quando l'ingorgo infiammatorio intercetta il corso dei liquidi. — È superficiale quando l' infiammazione si limita alla pelle. — Invade talvolta tutto il membro in caso d' infiammazione profonda. — Opinione di Quesnay combattuta. — Suoi sintomi. — Suo andamento. — Diminuzione graduale dei fenomeni inflammatori. — Segni da cui si riconosce la mortificazione. — Odore *sui generis* patognomonico. — Si limita facilmente quando è superficiale. — Segni da cui si riconosce che è limitata. I, 112. — Suo *Prognostico* sempre tristo, varia secondo la sede, l'estensione e la natura delle parti malate. 113. — Sue *indicazioni curative*. — Impiego degli antiflogistici. — Sbrigliamento delle aponevrosi. — Tonici e antiflogistici combinati. — Scarificazioni vantate da qualche scrittore, proscritte dall' autore. — I vessicanti il caustico attuale possono prevenirla. — Favorire lo spogliamento delle parti gangrenate. — Fare l'asportazione della parte. — Cerchio inflammatorio che limita la gangrena. — Durata dello spogliamento; mezzi di favorirlo, tonici. — Levare l' escare a misura che si formano. — Ablazione

del membro sfacelato. — Tempo della operazione, luogo dell'operazione. 113.

Gangrena (*prodotta dalla contusione*). È prodotta in due maniere, ora superficiale e ora profonda. — Investe prontamente le membra. — Conduce sovente il malato alla morte. — È cagionata ancora dall'indebolimento dell'azione organica delle carni. — *Indicazioni curative*. — Abbandonare la malattia alla natura, quando la contusione non ha disorganizzato che la pelle. — Fare l'ablazione della parte, se è stata profondamente disorganizzata; tempo, luogo di questa operazione. — Contrindicazioni dell'operazione. — *Cura* da mettersi in uso per prevenire la gangrena. I, 117.

Gangrena (*prodotta da una compressione lenta*). Maniera con cui è prodotta. — Quali soggetti ella attacca principalmente. — È suscitata dalla medesima causa delle febbri gravi. — Si riproduce su tutte le parti rilevate. — Conduce prontamente alla morte il soggetto. — Storie di malattie di tal genere. — *Cura*: cambiamento di posizione; applicazioni topiche. — Favorire la caduta dell'escare. I, 119.

Gangrena (*prodotta dall'ustione*). Modo d'agire dei corpi caldi. — È prodotta il più sovente da corpi solidi. — Dalla combustione delle vesti; come si riconosce. — Coloramento particolare della pelle. — Piaga resultante dalla caduta dell'escara. — Attacca talvolta tutta la spessezza d'un membro e necessita allora l'asportazione della parte. I, 120.

Gangrena (*prodotta dalla congelazione*). Climi in cui s'osserva. — Sue cause. — Suo corso. — Suoi sintomi — Sua cura. I, 121.

Gangrena (*prodotta dall'intercezione del corso dei liquidi*). S'effettua in due maniere. — Colla legatura dell'arteria principale di un membro. — Fenomeni che precedono e indicano la gangrena. — L'ablazione del membro è necessaria. — Non si estende talvolta che a una piccola porzione del membro. — È prodotta egualmente dalla compressione. — Suo meccanismo. — Gangrena secca. — Gangrena umida. I, 122.

Gangrena da causa interna (*prodotta dalla malignità della causa dell'infiammazione*). La malattia che la produce ha ricevuto il nome di infiammazione maligna o gangrenosa. — Carbonchio. — Pustula maligna. — Suoi caratteri. — Suoi sintomi generali, locali. — *Prognostico* tristo. — *Cura* tonica interna. — Ablazione delle parti mortificate. I, 123.

Gangrena (*che comparisce nel corso di una febbre putrida o maligna*). Parti nelle quali si sviluppa più specialmente. — È riguardata come sintomatica o critica. — É superficiale o profonda. — Non richiede punto una cura speciale. I, 125.

Gangrena secca. Sua definizione. — Suoi caratteri. — Sua sede. — Epoca della vita in cui si manifesta il più ordinariamente. — Sintomi variabilissimi. — Assume un color nero. — Colore bianco in certi casi. — Non si accompagna con delle flitteni. — Sintomi generali. — I suoi progressi sono lentissimi. — Il suo *prognostico* funestissimo. I, 126. — Sue cause interne o esterne. — *Cause interne*, come agiscono. — Virus venereo. — Vizio scorbutico. — Principio morboso d'una malattia acuta. — La decrepitezza. 127. — *Cause esterne*: Segale cornuta. 127. — *Sintomi locali*: Torpore, dolore, mortificazione. 127. — Sintomi generali: nevrosi, gastrici, circolatorii. I, 127. — *Indicazioni curative*. — Sono in numero di tre. — Mezzi di prevenirla, antisettici, cordiali. — Arrestare i progressi del male e suoi accidenti; oppio. — Favorire la separazione delle parti gangrenate dalle carni viventi; balsamici, amputazione. I, 127.

Gangrena di Pott. Ha molta analogia colla gangrena secca. — Attacca le estremità inferiori. — Suoi caratteri, — Tempo che impiega a percorrere i suoi stadi. — Investe più particolarmente gli uomini. — Non è peculiare della vecchiaia. — Sue *cause*: la china e i tonici sono inutili nella cura di questa infermità. — L'oppio ha una grande efficacia. — Storia di malattia di tal fatta. — Le applicazioni stimolanti sono inutili. I, 129.

Gangrenosa (*infiammazione*). Denominazione data a una flemmasia che termina essenzialmente colla gangrena. I,

105. — Il suo corso varia. — Forme diverse e speciali sotto cui si presenta. — È sempre estremamente grave. — La sua estensione è variabile. — Sintomi locali, generali. — Percorre i suoi stadii rapidissimamente. — Riconosce per causa un agente deleterio. — *Prognostico* disgustoso, variabile. — *Cura* tonica; eccitare l'infiammazione. — Asportare le parti invase dalla mortificazione. I, 126.

Garangeot. Dice aver riunito di prima intenzione una porzione del naso staccata da tutto il resto. I, 138. — Sua teoria della rigenerazione delle carni. 158. — Ha il primo dato il consiglio di comprendere molte carni coll'arteria, quando si pratica la legatura del vaso. I, 139.

Gastrico (*imbarazzo*). Suoi caratteri. — Mezzi di combatterlo. — Coincide con un gran numero d'infiammazioni. I, 21.

Gastrorafia. Nome dato alla sutura delle pareti addominali. Non deve essere adoprata che nei casi in cui le fasciature e la situazione non bastano a tenere a contatto i labbri della ferita. IV. 197. — Gli autori non sono d'accordo sulla specie di sutura che conviene nelle ferite penetranti dell'addome, la sutura incavigliata è la più generalmente adattata. — Strumenti di cui si fa uso, processo operatorio, medicature susseguenti. 198.

Gastrotomia. È stata consigliata da qualche autore per guarire il volvulo. — Biasimata dall'autore in questo caso. — Processo operatorio. IV, 200. — Questa operazione consiste nell'incidere le pareti addominali per estrarre un corpo straniero contenuto nel peritoneo o in uno dei visceri addominali. — Circostanze in cui quest'operazione dev' esser messa in uso. — Processi operatorii adoprati dai moderni. 162.

Gengive (*infiammazione delle*). S'affaccia in un gran numero di circostanze, e dipende da cause svariatissime che esigono delle cure differenti. — Le cause principali sono l'ammasso del tartaro, un regime mercuriale, lo scorbuto. III, 371.

Gengive (*gangrena scorbutica delle*). S'incontra principalmente nei bambini. — La malattia alcune volte benigna, è il più spesso gravissima, e cagiona degli accidenti mortali. — Nell'ingruenza del male si perviene a moderarne i progressi con delle applicazioni d'acido muriatico. — *Cura* locale, maniera di combattere le complicanze. III, 372.

Gengive. (*escrescenze fungose delle*). Questa malattia ha ricevuto il nome d'*epulide*. — Esame delle cause, dei sintomi, del corso e delle complicazioni della malattia. — L'escisione e la cauterizzazione sono il più sicuro mezzo di guarire questi tumori. III, 373.

Gengive (*flemmoni delle*). Nascono talvolta senza cause conosciute, ma il più spesso sono prodotti dalla carie di un dente o da un colpo ricevuto sulla gengiva stessa: — Si deve dare esito al pus tostochè s'è formato l'ascesso. III, 374.

Gengive (*ulcere delle*). Negli adulti le gengive sono talvolta attaccate da ulcere fungose, rossastre e sanguinolente, da cui sgorga una materia bianca e fetida. — L'esposizione ai miasmi putridi, la salivazione mercuriale, l'accumulamento del tartaro su i denti, la diatesi erpetica o scorbutica sono le cause principali di questa malattia. — La cura sarà in principio diretta contro le cause. III, 375.

Geoffroi. Sue esperienze per provare l'inutilità dell'embroccazioni oleose nella cura delle ferite da morsi d'animali velenosi. I, 247.

Gimbernat (*ligamento di*). *Ved.* Ernia crurale.

Giugulare. (*salasso dalla*). *Ved.* Salasso.

Giusquiamo. Messo nel novero dei medicamenti topici anodini. I, 137.

Glande (*imperforazione del*). Cause, natura e cura di questo vizio di conformazione. V, 121 e seg. — Pretesa rigenerazione del glande in conseguenza dell'amputazione della verga. I, 63.

Glandula mascellare (*Malattie della*). *Ved.* Mascellare.

Glandula parotide (*malattie della*). *Ved.* Parotide.

Glandule. La loro infiammazione termina il più spesso coll'induramento. — Pericolo di questa terminazione. — La

loro ablazione diventa allora necessaria. I, 20.

Glaucoma. Opacità dell'umor vitreo. — *Cause* poco conosciute; infiammazione del globo dell'occhio. — *Segni diagnostici*: macchia grigiastra, verdastra o plumbea che intorbida la trasparenza dell'occhio e che diventa vie maggiormente apparente a misura che si indebolisce la vista; deve essere accuratamente distinta dall'opacità del cristallino. — *Prognostico* sempre tristo: se la malattia dura da lungo tempo ella è ordinariamente incurabile e induce la perdita della vista. — *Cura*: evacuanti, antiflogistici, risolventi. III, 201.

Globuli del sangue. Loro differenze secondo Leuvenoeck. I, 13.

Glottide (*edema della*). Infiltramento sieroso, o siero purulento della membrana muccosa, che tappezza l'apertura superiore della laringe, o la glottide stessa. — Può essere primitiva, o succedere a un'infiammazione della laringe. — Invade talvolta con un accesso di soffocazione, ma ordinariamente l'invasione è più oscura. — *Segni diagnostici* della malattia. IV, 41. — *Prognosi* sempre gravissima; la malattia è il più sovente mortale. 47. — Lesioni anatomiche rinvenute all'autossia cadaverica. 47 e seg. — *Cura*: dev'essere energica: antiflogistici, broncotomia; pressione esercitata colle dita sull'apertura della laringe. 42.

Glutinoso (*sugo*). Si frappone tra le parti divise, si dissecca, e le identifica. — Questa teoria è discussa e confutata. I, 67. e seg.

Gola (*ulcere della*). Sono di più sorta. Le più semplici, e le più facili a guarire sono quelle, che succedono alla caduta dell'arte d'un'escara, all'apertura d'un ascesso, o che si manifestano sul declinare di certe malattie acute di cui sembrano esser la crise. La loro cura non offre alcuna speciale indicazione. III, 119. — Le ulceri veneree della gola sono sempre consecutive. — Caratteri speciali dell'ulceri veneree della gola, e del velo pendulo palatino. — *Diagnosi* differenziale. 121. — Il prognostico di quest'ulceri è subordinato al loro sito, alla loro estensione, allo stato generale del malato e alle medele antiveneree che sono state messe in pratica. 133. — Abbandonate a se stesse le ulceri della gola non guariscono, e fanno all'incontro dei progressi più o meno rapidi. — La cura generale è quella della sifillide. 123 e seg.

Gomma. *Ved.* Periostosi.

Gotta serena. *Ved.* Amaurosi.

Goulard (*acqua vegeto-minerale di*). Consigliata per la cura delle bruciature al 1.° e 2.° grado. I. 142.

Gozzo. Tumore situato nella parte media anteriore del collo e formato dalla tumefazione della glandula tiroidea. — È limitato talvolta ad una sola parte della glandula. — È sporadico o endemico, ereditario o accidentale. — Epoca della vita in cui il gozzo si sviluppa abitualmente. — Anatomia patologica. IV, 21. — *Cause* poco conosciute; deriva da condizioni particolari dell' acque delle montagne. I, 23. — *Segni diagnostici* della malattia, si complica sovente di cretinismo nei luoghi, ov'è endemico. 23 e seg. — Il corso del gozzo e le sue terminazioni non sono costantemente le stesse, il più spesso riman stazionario, talvolta aumenta progressivamente di volume. I, 124. — Il gozzo può divenire virtualmente scirroso, e quindi passare allo stato di cancro. — Talvolta si trasforma in una sostanza fungosa. 24 e seg. — In generale il gozzo nulla ha di pericoloso, e la maggior parte delle persone che ne sono attaccate, lo riguardano come un oggetto di deformità anzichè una vera malattia; casi in cui costituisce una malattia più o meno grave. I, 26. — *Cura*: si è proposto contro il gozzo un gran numero di rimedi si interni che esterni. — Indicazione e esame delle diverse medele proposte dagli autori contro il broncocele. 26. — Topici emollienti antiflogistici, allorquando il gozzo diventa doloroso e si infiamma; apertura degli ascessi che si formano nella sua sostanza. — Impiego dei caustici e del setone per distruggere a poco a poco il tumore; vantaggi, inconvenienti di questo metodo. — Estirpazione; casi in cui può essere utile quest' operazione. 27.

Gran labbra (*ferite delle*). Le ferite

delle grandi labbra non offrono alcun che di particolare relativamente alle loro cause, ai loro sintomi e alla loro cura. V, 311 e seg.

Gran labbra (*tumori delle*). Le gran labbra possono esser la sede di più specie di tumori, il flemmone vi si manifesta più degli altri. V, 147. In alcune femmine si forma un ascesso delle gran labbra all' epoca dei catameni. 148. — Questi ascessi degenerano alcune fiata in fistole cieche incurabili. 149.

Gran labbra (*tumori sanguigni delle*). Questi tumori altro non sono che ecchimosi prodotte da una forte contusione. La cura è la medesima di quella dell' ecchimosi in generale. V, 150.

Gran labbra (*edema delle*). Comparisce particolarmente nelle donne gravide e in certe idropisie; la cura deve essere diretta il più sovente contro la causa della malattia. V, 150.

Gran labbra (*varici delle*). Non presentano alcuna indicazione particolare. V, 151.

Gran labbra (*tumori fibrosi delle*). Descrizione anatomica di questa specie di tumori. V, 151. — Questi tumori si estendono talvolta molto lungi nel bacino. Storia di malattia in questione. 152.

Gran labbra (*tumori cistici delle*). Questi tumori sono del genere del meliceride e dell' ateroma; la cura deve essere quella di questa specie di tumori. V, 152.

Gran labbra (*tumori cancerosi delle*). Sintomi e corso di questa malattia; l' ablazione del tumore è l' unico metodo curativo che si debba cimentare. V, 153.

Gran labbra (*tumori steatomatosi delle*). Non offrono nè sintomi, nè indicazioni peculiari. V, 153.

Gravativo (*dolore*.). Indica che il pus di un flemmone si è coacervato in ascesso. I, 99.

Guttani. Operò un aneurisma dell' arteria femorale attenente all' arco crurale. I, 321.

H

Hall. Ha eseguito con successo l' operazione dell' aneurisma dell' arteria assillare. I, 372.

Haller. Sua opinione sulla formazione del callo. II, 29.

Heistero (*croce di*). È insufficiente per mantenere in sito le fratture della clavicola. II, 62.

Heurteloup. Ha impiegato con vantaggio il bagno freddo e il mercurio nel caso di tetano traomatico. I, 201.

Hoffman (*goccie di*). Proposte contro le irritazioni del sistema nervoso nelle ferite di arme a fuoco. I, 211.

Home. — Sperienze relative agli aneurismi. I, 312.

Huneaud. Suoi esperimenti per mostrare l' inutilità dell' embroccazioni oleose nella cura delle ferite dai morsi d'animali velenosi. II, 23.

Hunter. Modifica in un modo importante il metodo di Anel per l' operazione dell' aneurisma. — Questa modificazione ha ricevuto il nome di metodo hunteriano. — Pratica la legatura del vaso molto al di sopra del tumore aneurismatico. — Modificazioni introdotte nel suo processo. I, 332. — Parallelo fra il suo processo e il metodo antico. 334.

I

Idartro. *Ved.* Idropisia dell'articolazioni.

Idiopatica (*infiammazione*) I, 11.

Idrocefalo. Aumento di volume della testa, cagionato da uno stravaso di siero nell'interno del cranio. — È stato distinto in interno ed esterno. — Esiste quasi sempre nei due ventricoli laterali, raramente in un solo, talvolta fra la dura e la pia madre. — Questa malattia è particolare dei bambini, e si sviluppa alcune volte ancora durante la vita uterina. — *Segni diagnostici*; volume più considerabile del cranio, divaricazione dell' ossa, tumore circoscritto, di forma e di grandezza differente, situato all'occipite, e qual-

che volta sulla sommità della testa. — *Sintomi*: tosse, vomiti, angoscie, convulsioni, dilatazione della pupilla, prominenza degli occhi, incurvamento della spina dorsale, abolizione graduale dell'intelletto, e dei movimenti; paralisi più frequente dei membri inferiori che dei superiori, protuberanza estrema della fronte, divaricamento degli ossi, e soprattutto delle fontanelle, trasparenza della cute capillata, e del tumore, attenuamento dell'ossa del cranio. — *Alterazioni patologiche*; accumulamento di siero, idatidi, assottigliamento estremo del cervello. — *Cura*: diuretici, lassativi, preparazioni mercuriali, vessicanti rubefacienti, compressione, punizioni; discussione di questi differenti metodi curativi. III, 57.

Idrocele. Tumore acquoso delle borse: V, 65. — Si distingue in varie specie, secondo che il siero occupa tale, o tal parte dello scroto, secondochè è disseminato nelle cellule del tessuto cellulare o accumulato in un sacco. 66.

Idrocele per infiltramento. È stato anco chiamato edema dello scroto. V, 66. — Questa specie d'idrocele è il più ordinariamente sintomatica. 66. Egli è spesso la conseguenza dell'idropisia ascite, dell'idrotorace, dell'anasarca, o anche dell'edema delle gambe, e delle coscie; caratteri distintivi di questo tumore. 67. — Non esiste di ordinario altra cura, che quella della malattia, di cui è l'effetto; maniera di praticare le punture. 67 e seg.

Idrocele *celluloso e infiltramento del cordone spermatico*. V, 67 e seg. — Esso si presenta sotto un aspetto diverso, secondo il suo volume. — *Corso, sintomi* del male. 68. — Questa malattia è ora sintomatica, il più sovente idiopatica. 68. — La diagnosi dell'idrocele celluloso del cordone spermatico presenta talvolta molta difficoltà. 68. — *Cura*: applicazioni topiche alcooliche, incisione praticata sul tumore. 68.

Idrocele *della tunica vaginale*. Presenta delle differenze relative al volume e alla figura del tumore, alle qualità del liquido che lo forma, alla spessezza della tunica vaginale, alla situazione e allo stato del testicolo, alle diverse circostanze accidentali, da cui può esser accompagnata la malattia. V, 69. — Sviluppo e forma del tumore. 69. — Natura del liquido dell'idrocele. 69. — Il testicolo s'atrofizza spesso in conseguenza dell'idrocele. 70. — Questa infermità può essere complicata d'una degenerazione del testicolo, o delle sue membrane. 70. — Quest'idrocele può affacciarsi in tutte le età. 71. — Causa prossima e remota della malattia. 71. — *Segni diagnostici* dell'idrocele della tunica vaginale. 71. — *Segni diagnostici* dell'idrocele congenito; *diagnosi* differenziale. 73. — Il *prognostico* di questa malattia nulla offre in generale di funesto, la cura è o palliativa o radicale. 73. — *Cura palliativa dell'idrocele della tunica vaginale.* — Questa cura consiste nella punzione del tumore per dare esito al liquido, che lo forma. 73. — Il luogo del tumore in cui dev'esser fatta la puntura merita un'attenzione particolare a motivo della situazione del testicolo. — Processo operatorio per eseguire questa operazione. 74. — La punzione dell'idrocele può dar luogo ad alcuni accidenti, come la puntura del testicolo, la sua infiammazione e un'emorragia interna. — *Cura* degli sconcerti ai quali queste circostanze possono dar luogo. 74.

— *Cura radicale dell'idrocele*. Può esser tentata senza inconveniente ogni volta che questa malattia è semplice, e che l'individuo che ne soffre gode d'altronde d'una buona salute. 76. — Non si può guarire radicalmente l'idrocele della tunica vaginale se non si suscita in questa tunica, e nella tunica albuginea una infiammazione assai forte da resultarne l'adesione totale delle due membrane; i processi chirurgici, per mezzo dei quali si perviene a questo scopo sono: l'incisione, l'escisione, la cauterizzazione, il setone, la sonda, e le incisioni. 76.

— *Incisione*. Consiste nell'aprire la tunica vaginale per tutta la lunghezza del tumore, e riempirla di fila colla mira d'eccitare una infiammazione convenevole. 76. — Maniera di praticare quest'operazione. — *Cura* del malato consecutiva all'incisione; inconvenienti gravi di questo processo operatorio. 77.

— Escisione. Consiste nel dissecare, ed

asportare la maggior parte della tunica vaginale; maniera d'eseguire quest' operazione; inconvenienti gravi che ne possono risultare. V, 77.
— *Cauterizzazione*. Consiste nell' aprire l' idrocele con dei caustici, od anche col cauterio attuale; maniera di effettuare quest' operazione, suoi vantaggi. 78.
— *Setone*. Consiste nel passare a traverso del tumore secondo la sua lunghezza un lucignolo di fila, o di cotone colla mira di suscitarvi l'infiammazione conveniente. 79. — Descrizione del metodo di Pott. — Cura consecutiva all' operazione, vantaggi, inconvenienti di questo metodo. 79.
— *Tasta*. Consiste nel fendere la tunica vaginale, e introdurvi una *tasta*. I, 80. — Monro propone di lasciarvi la canula. 80. — Questa maniera di procedere è assai vantaggiosa. 81. — *Iniezione*. — È il processo il meno antico, e quello, che è più vantaggioso. 81. — Materia dell' iniezione, modo di praticarla. 81. — *Cura* consecutiva all' operazione. 82. — Il vino è il liquido, che si preferisce il più ordinariamente per fare l' iniezione. 82. — *Segni* da cui si riconosce, che l' operazione è per aver un felice successo. 82. — Qualche volta il vino si infiltra nel tessuto cellulare delle borse, e produce delli sconcerti estremamente gravi. 82. — Quest' infiltrazione dipende sempre dalla inesattezza del chirurgo. 82. — Quest' operazione è egualmente applicabile agli idroceli con inspessimento della tunica interna. 84. — Siffatto processo operatorio non può convenire nell' idrocele congenito a causa della comunicazione della tunica vaginale col peritoneo. 85.

Idrocele cistico. É stato così nominato, perchè la sierosità, che contiene è racchiusa in un sacco formato dalla pressione e dal condensamento delle lamine del tessuto cellulare. V, 85. — Questa specie di Idrocele è più rara di quella della tunica vaginale. 85. — *Segni diagnostici, e diagnosi differenziale* di questo tumore. 85. — La diagnosi cessa di esser facile, quando la malattia è complicata. — Segni, da cui si riconosce la complicazione d'idrocele della tunica vaginale. 86. — La complicazione dell' ernia. 86. — La cura dell' idrocele cistico è in generale quella stessa dell' idrocele della tunica vaginale: l' iniezione è il processo da preferirsi. 86. — Nei bambini il tumore si dissipa talvolta spontaneamente, o col mezzo di fomente risolventi. 86. — *Idrocele del sacco erniario*. — L' idrocele del sacco erniario può esistere con l' ernia o senza. 86. — L' idrocele con l' ernia non ha luogo, che nell' ernie antiche, e voluminose. 86. La punzione è la sola operazione da permettersi dopo la riduzione dell' ernia. 87. — È difficile, e nella maggior parte del tempo impossibile di distinguere l' idrocele del sacco erniario senz' ernia, dall' idrocele cistico del cordone. 87. — Non si deve tentare la guarigione di questo tumore se non col metodo dell' incisione. — L' iniezione potrebbe avere i più gravi inconvenienti. 88.

Idrofobia. *Ved*. Rabbia.

Idronfalo. Nome dato a un tumore dell' ombelico, formato dall' acqua contenuta in una cisti fornita dal tessuto cellulare del peritoneo. — Non si deve confondere col tumore ombelicale, che accompagna le idropisie dell' addome. — Reclama la stessa cura dei tumori cistici del peritoneo. IV, 202.

Idropericardio. Raccolta di siero nel sacco membranoso, che cinge il cuore, assai considerabile per disturbare le funzioni di quest' organo. L' idrope del pericardio presenta delle differenze relative alle sue cause, al suo corso, alla quantità, e qualità del liquido, che lo forma, e alle sue complicazioni, IV, 139. — Esame delle cause, che possono produrre questa malattia, o predisporvi. 139. — L' andamento della malattia non è sempre lo stesso. 140. — La diagnosi non è estremamente difficile. 140. — *Segni diagnostici*: tratti dai caratteri della respirazione, dalla sede, e dalla natura del dolore; dal polso, dai movimenti del cuore, dall' abitudine del malato, dalla percussione del lato sinistro del torace. 141. — *Guasti anatomici* trovati alla sezione del cadavere. 142. — Le indicazioni curative sono di favorire il riassorbimento del liquido stravasato, e di dargli esito quando la riassorzione è

impossibile. 142. — Punzione del pericardio proposta da Senac all' effetto di evacuare il liquido contenuto in questo sacco membranoso. 142. — Operazione di questo genere praticata senza successo da Desault. 143. — L' incisione delle pareti toraciche, e del pericardio col bisturino è da preferirsi alla punzione. 143. Trapanazione dello sterno proposta da Skielderup; vantaggi di questo metodo. 144.

Idropisia dell'articolazione. Tumore più, o meno considerabile, formato dalla raccolta della sinovia in una articolazione. — Si osserva nella maggior parte dell' articolazioni, e precisamente in quella del ginocchio. — La quantità della sinovia, che può accumularsi contro l'ordine naturale in un'articolazione è generalmente proporzionata alla estensione del ligamento cassulare, e può esser talvolta molto ragguardevole. — La sinovia stanziando in una articolazione si addensa, diventa viscosa, e prende un colore pagliato più o meno fosco, in altri casi è più o meno torbida, e simile al siero depurato. — È sempre una malattia lenta e cronica. — È costantemente locale, o idiopatica, e non dipende, che della *lesione* di funzioni della membrana sinoviale. II, 421 e seg. — *Cause*; interne, esterne. — Causa prossima; il difetto di equilibrio fra l' esalazione della sinovia, e il suo assorbimento. — *Cause esterne*: la contusione, la distorsione d'un articolo, l'azione d'un freddo intenso, una distrazione negletta, la presenza d'un corpo straniero articolare. — *Cause interne*: metastasi erisipelatosa, o reumatica; l'affezione reumatica è la causa la più comune di questa malattia. 422. — *Segni diagnostici*. Tumore molle circoscritto dagli attacchi del ligamento cassulare senza cambiamento di colore alla pelle, con fluttuazione; indolente o poco doloroso, cedente alla pressione del dito, ma che non ne conserva l'impronta come l'edema. — Al capo occupa le parti anteriori, e posteriori dell'articolazione. — Al piede il tumore è più apparente innanzi ai malleoli, alla spalla è sempre limitato alla sua parte anteriore; al ginocchio non occupa che le regioni anteriore, e laterale ed è più apparente nel tempo della flessione, che della estensione del membro. 423. e seg. — *Prognostico*. — Il prognostico è in generale sfavorevole. — L'arte è spesso impotente ad ottenere la risoluzione dello stravaso. — Il prognostico è tanto più grave, quanto più è inveterata la malattia, e più ampla l'articolazione. — Se avvi complicanza di scrofole, di carie dell'ossa, o di suppurazione, l' amputazione è il più sovente l'unico mezzo di salvezza. 424. — *Cura*. — Quando l'attacco reumatico d'un'articolazione è mediocre, la dieta, il riposo, gli emollienti, e gli anodini bastano ordinariamente; se l'infiammazione è più intensa si mettono in uso le cavate di sangue locali e generali; la dieta la più severa, le bevande diluenti, e rinfrescanti; l'applicazione di vessicanti rubefacenti sull'articolazione sarà utile quando la violenza della febbre sarà diminuita. — Utilità delle fomente spiritose, aromatiche, delle fumigazioni risolventi, dei linimenti volatili, della fasciatura compressiva, dei topici irritanti d'ogni sorta. — Impiego del moxa, se i vessicanti temporari e le altre medele eccitanti non hanno potuto indurre la risoluzione. — Punzione del tumore; opportunità; danno, conseguenze di quest'operazione; sua utilità nella maggioranza dei casi. Non è da farsi, quando l' idrope è il risultamento d' un vizio reumatico. — È da praticarsi all' incontro 1.° quando l'idartro è complicato della presenza d' un corpo estraneo nell' articolazione 2.° quando il male è considerevolissimo, e concomitato da dolori, che impediscono i moti dell'articolo. — La punzione non deve essere fatta che con un bisturino a lama strettissima, o con un trequarti; la ferita deve essere riunita di prima intenzione. — Combattere gli accidenti inflammatori, se ne compariscono. — Storie di malattie, che hanno rapporto agl'idropi articolari, e alla maniera di curarli. 424.

Idropisia (*del basso ventre*). *Ved.* Ascite.

Idropisia (*saccata del peritoneo*). Nome dato a una raccolta sierosa che si forma tra il peritoneo, e i muscoli addominali. IV, 212. — Comincia in un

punto qualsiasi dell'addome con un tumore poco voluminoso, circoscritto, che assume un' aumento successivo. 212. — Lesioni anatomiche rinvenute nella necrossia. 212. — La *diagnosi* presenta molte difficoltà: diagnosi speciale, diagnosi differenziale. 213. — Il prognostico è tanto più grave, quanto più antica, e più estesa è l'idropisia. 213. — Storia di guarigione del morbo. 214. — Le indicazioni curative diversificano secondochè il tumore è recente, di mediocre volume, circostritto, senza complicazione di scirro ec. — S'ha da tentare, quando la cosa è possibile, di ottenere la coesione delle pareti della cisti, per impedire la recidiva della congestione acquosa. — I mezzi per conseguir questo intento sono l'incisione. 214. — I caustici. 215. — La puntura della cisti, e il soggiorno d'una cannula nella sua cavità. 215.

Idrorachitide. Ha la sua sede nelle medesime membrane dell'idrocefalo, è peculiare egualmente dell'infanzia, e spesso coesiste coll'idrocefalo. — S'annunzia con vari tumori più, o meno voluminosi, situati su un punto qualunque della colonna vertebrale. — *Diagnosi*. — Tumore ordinariamente rotondo, a base larga, diafano in qualche caso. — Se vi sono più tumori, la pressione esercitata sovr'uno d'essi accresce la tensione, e il volume degli altri, e talvolta ancora fa inturgidire le fontanelle nel caso di simultaneo idrocefalo. Paralisi degli arti addominali. — *Prognosi*. — Questa malattia è comunemente letale; ma l'epoca, in cui periscono i fanciulli non ha cosa alcuna di fisso. — *Guasti patologici*. — Distruzione della parte posteriore del canale vertebrale; alterazione consecutiva della midolla spinale varietà nel colore del liquido, che forma il tumore. — *Cura*: quella dell'idrocefalo. III, 67.

Idrotorace. Ammassso di siero fra la pleura, e il polmone. È distinto in essenziale, e in sintomatico. — Motivi di questa discriminazione. IV, 137. — L'idrotorace sintomatico, o consecutivo è molto più frequente del primitivo, o essenziale. 138. — La diagnosi è quasi sempre oscura, e difficile. — Cause di questa difficoltà. 138. — Segni diagnostici; tratti dalla conformazione del torace, dalla respirazione, da polso, dalla tosse, dalla percussione. 138. — È difficilissimo di contraddistinguere la malattia essenziale dalla sintomatica; regole a tal proposito. 139. — Il *prognostico*, sempre gravissimo, varia in ragione delle cause, della natura, dei sintomi, delle complicanze della malattia. 139. — Descrizione delle lesioni organiche ritrovate nella necroscopia. 139. — Le indicazioni curative sono di favorire il riassorbimento della sierosità, e quando questa riassorzione è impossibile, di dare esito a questo liquido praticando un'apertura alle pareti del petto. 140. — Esempio di guarigione ottenuta dal Willis colla punzione del torace 140. — Esempi di risanamento analogo riportati da Duverney. 141. — Da Senac. 140. — Da Morand. 141. — Si può sperare la guarigione quando l'idrotorace è essenziale, ma la malattia è incurabile, quando è sintomatica. 141 e seg. — Idrotorace guarito dall'autore senza paracentesi. 142.

Idrottalmia. Aumento considerabile degli umori dell'occhio. — *Cause*: contusioni, ferite, ottalmia violenta. — *Segni diagnostici*: volume sempre crescente dell'occhio; intorbidamento della vista, dolore nel fondo dell'orbita, occhio sporgente infuori, lacrimazione, turgore inflammatorio della congiuntiva. *Pronostico* tristissimo; la perdita della vista è quasi certa; la vita stessa pericola se la malattia giugne ad un altissimo grado. — *Cura*: nell'invasione, purganti, salassi generali, e locali. — Quando la malattia è avanzatissima, la puntura dell'occhio è l'unico mezzo che convenga mettere in uso. III, 202.

Imboccamento dei vasi. Una delle teorie della consolidazione delle ferite; ventilata, e combattuta dall'Autore. I, 5.

Imperforazione. (*dell'Ano*). *Ved.* Ano.

Imperforazione (*dell' utero*). *Ved.* Utero.

Imperforazione (*della vagina*). *Ved.* Vagina.

Incarnativa (*fasciatura*). *Ved.* Fasciature.

Inchiodamento (*delle palle nella sostanza dell'ossa.*) Mezzo di tirar fuori questi corpi estranei. I, 140.

INCONTINENZA D'ORINA. Considerazioni fisiologiche sulle funzioni della vescica. IV, 561. e seg. — L'incontinenza di orina è il flusso involontario di questo fluido dal canale dell'uretra. — Questa malattia non deve esser confusa coll'emissione d'orine per rigurgito. 561. — L'incontinenza d'orina è completa o incompleta. 561. — L'incontinenza completa è sempre idiopatica e dipende dalla paralisi dello sfintere e dall'inerzia del collo della vescica. 562. — Si consigliano contro questa specie di malattia i tonici tanto interiormente che esteriormente. 563. — L'incontinenza d'orina completa prodotta dalla paralisi dello sfintere della vescica è molto più rara nelle donne che nell'uomo. — Descrizione dell'orinale impiegato per le femmine. 563. — L'incontinenza d'orina incompleta può aver luogo nella vigilia e nel sonno, o nel sonno soltanto il che costituisce due sorte d'incontinenza di orina incompleta. 563. — Quest'affezione può dipendere da un eccesso di sensibilità della vescica. 563. — È da riportarsi all'incontinenza d'orina incompleta, lo scolo involontario di una certa quantità di liquido prodotto da una causa qualunque che comprime il corpo della vescica, e ne diminuisce la capacità. 564. — Il *pronostico* dell'incontinenza d'orina incompleta differisce secondo la causa del morbo. 564. — La cura di quest'infermità è sempre subordinata alla causa che l'ha ingenerata. — *Cura* differente, secondo che dipende dall'atonia dello sfintere e del collo della vescica, o dall'esaltazione della sensibilità e della contrattilità di quest'organo, 564. — L'incontinenza notturna d'orina non s'incontra quasi mai che nei fanciulli molto teneri, le sue *cause* sono pochissimo note, la sua cura è quasi sempre spontanea. 565. — I mezzi morali, l'uso dei tonici sono stati adoprati per il risanamento da questa infermità. 565. — L'uso delle cantaridi è stato peculiarmente preconizzato in questo caso. — Fatti relativi a questo metodo di cura. 566.

INDIGESTIONE. Ritarda la guarigione delle ferite suppuranti. I, 178.

Induramento. Una delle terminazioni dell'infiammazione. — Suoi caratteri. — È propria dell'infiammazioni croniche. — S'osserva più comunemente negli organi glandulari, nella pelle, nel tessuto cellulare. — Quello delle glandule è pericoloso, e necessita sovente l'ablazione della glandula indurita. — È talvolta preferibile alla suppurazione. I, 20. — É sovente prodotto dall'applicazione intempestiva di ripercussivi. 24. — Procurare sempre di prevenirlo. 27.

INFERNALE (*pietra*). Ved. Nitrato d'argento.

INFIAMMAZIONE *in generale.* Sua definizione. — Suoi fenomeni. — La sua sede speciale è nel tessuto cellulare. — Tessuti che vi sono più esposti. — — Suoi differenti nomi secondo l'organo infiammato. — Varietà relativa al suo corso, alla sua intensità, al sesso, all'età, ai temperamenti, alle stagioni, ai climi. — Distinta in acuta e in cronica. — Differenza del suo corso secondo i tessuti. — La sua intensità varia nel medesimo tessuto. — Ell'è idiopatica o essenziale, sintomatica o accidentale. — Sue *cause* prossime. — Teoria di Boherave. — Ell'è prodotta dall'irritazione. — Teoria di Vanhelmont. — Sue cause remote; occasionali. — Esterne, chimiche o meccaniche. — Interne, l'alterazione degli umori. — Sue cause predisponenti. — Diatesi inflammatoria. — Suoi *sintomi* locali, particolari generali. — Ella è sempre accompagnata da rossore, da tumefazione, da calore. — Altera gli umori e in special modo il sangue. — Suo *prognostico* variabile secondo la sede della malattia, la sua intensità, la sua estensione. — Si termina per delitescenza, risoluzione, suppurazione, induramento, gangrena. I, 10 e seg. — Mezzi impiegati per combatterla. — Dieta, rimedi interni ed esterni. 18. — Sue indicazioni curative variabili. 25.

INFIAMMAZIONE. *considerata come complicanza delle ferite semplici.* È comunissima nelle ferite da strumenti pungenti o contundenti. — Può affacciarsi in tutti gli stadi delle ferite. — Sue *cause.* — Suoi *sintomi* locali, generali. — S'oppone al rimarginamento delle ferite. — *Cura*: quella dell'infiam-

mazione in generale. I, 189. — *Considerata come complicazione delle punture.* — Sue cause, suoi effetti. — È ordinariamente violentissima. 201.

INFIAMMAZIONE (*del collo della vescica*). *Ved.* Ritenzion d'orina.

INFIAMMAZIONE *della vescica. Ved.* Vescica.

INGOMBRO (*delle sale*). Causa la più frequente della cancrena di spedale. I, 124.

INGUINE. È la sede la più comune degli ascessi per congestione. I, 99.

INIEZIONI. Devono esser fatte nelle cavità degli ascessi. — Si praticheranno a gran corrente d' acqua e con dei liquidi stimolanti. Debbono essere spesso ripetute. I, 97.

INNOMINATI (*fratture degli ossi*). Sono rarissime. — Non possono aver luogo che per l' effetto d' una causa, che agisce sul sito stesso della frattura. — Occupano il più spesso l' ileo, ma alcune volte l' ischio o il pube. — Sono accompagnate da contusione estremamente violenta che si diffonde nel medesimo tempo ai visceri contenuti nel bacino, e dà origine a dei gravi accidenti. — Lo spostamento è poco considerabile. — *Diagnosi*: molto difficile, a meno che la frattura non occupi la cresta dell' ileo, o il pube. — Mobilità dei frammenti, crepitazione. — *Prognostico*: in generale gravissimo a causa delle complicazioni. — *Cura*: estrarre le scheggie coll' aiuto d' incisioni opportune; combattere l' infiammazione degli organi contenuti nella pelvi e gli accidenti nervosi che vengono in campo. II, 61.

INSETTI. Possono inoculare all' uomo il virus della pustula maligna che hanno succiato sugli animali infetti di malattie carbonchiali. I, 92.

INTENZIONE. Nome dato alla riunione delle ferite. — Prima. — Seconda. I, 140.

INTESTINI (*corpi stranieri negli*). Gli accidenti che suscitano debbono essere trattati come quelli che sono causati dalla presenza dei corpi estranei nello stomaco. IV, 69. (*Ved.* Stomaco).

INTESTINO (*ferite dell'*). Le ferite dell' intestino inflitte da strumenti taglienti esigono una cura differente, secondochè queste parti restano nell' addome, o si manifestano all' esterno. — Nel primo caso uno si limita a combattere gli accidenti inflammatorii, che non mancano d' affacciarsi. — Nel secondo caso si può aver ricorso alla sutura per prevenire lo stravaso delle materie nel ventre. IV, 172. — I mezzi generali hanno talvolta bastato a procurare una guarigione completa, nel caso in cui le vulnerate intestina non si presentavano alla ferita, o allorchè presentandosi alla ferita non erano divise che in un piccolissimo tratto. 172. — Quando queste ferite hanno più di quattro linee di lunghezza la sutura è indispensabile. — Questa operazione non dev' essere praticata che sull' intestino fuoruscito dal cavo addominale. 172. — Sono state proposte e messe in opra diverse specie di sutura per le ferite del ventricolo e degl' intestini. — Sutura del pellicciaio, suoi inconvenienti. 173. — Sutura a punti staccati, maniera con cui si pratica. 173. — Sutura a punto in croce proposta e usata dal Bertrandi: dev'essere preferita. 173. — Nel caso in cui l' intestino è stato diviso trasversalmente, si stabilirà un ano artificiale. 174. — Processi messi in uso per riunire i due capi dell'intestino diviso. 174. — Maniera di riconoscere il pezzo superiore. 174. — Processo d' invaginazione immaginato da Rhamdor. 174 e seg. — Descrizione del processo di Chopart e di Desault. 175 e seg. — Le ferite dello stomaco esigono la sutura eseguita nello stesso modo che nelle ferite oblique o longitudinali degl' intestini. 175.

INTESTINO (*invaginazione dell'*). Ha ricevuto il nome di volvulo. — La gastrotomia è stata consigliata da qualche autore per sanare questa infermità. IV, 182.

INTROVERSIONE (*della vessica*). *Ved.* Vescica (*introversione della*).

INTUSUSCEZIONE (*dell'intestino*). *Ved.* Invaginazione.

INVAGINAZIONE (*dell' intestino*). *Ved.* Intestino.

IPOPIO. Gli autori hanno designato sotto questo nome varie specie d'ascessi che hanno la loro sede, gli uni nelle lamine della cornea, gli altri dietro questa membrana nella camera anteriore, ed altri nella cavità intera dell' occhio. — (*Ved.* Ascesso della cornea, empiema dell' occhio). — L'ipopion propriamente

detto è una collezione di pus nelle camere dell' umore acqueo. — *Cause*: ferite, contusioni, corpi estranei, ottalmia intensa. — *Segni diagnostici*; dolore, infiammazione, macchia biancastra mobile dietro la cornea. — *Cura*: antiflogistici in principio, incisione della cornea condannata dall'autore. III, 122.

Ipospadia. Vizio di conformazione della verga, in cui l' orifizio dell'uretra non è direttamente all' estremità del glande. V, 121. — Si presenta sotto differenti aspetti che permettono di distinguerne tre specie. 121. — Descrizione anatomica della prima specie di ipospadia: cura. 121. — Descrizione anatomica della seconda specie d' ipospadia, cura. 122. — Descrizione anatomica della terza specie d' ipospadia, questa malattia è incurabile. 123. — Succede talvolta che l' orifizio dell' uretra si trovi alla parte superiore dell' uretra. — Caratteri anatomici di questo vizio di conformazione. 124.

Iride (*stafiloma, procidenza o ernia dell'*). Tumore formato dall' iride impegnato in un' apertura preternaturale della cornea. — Può aver la sua sede in tutti i punti della superficie convessa della cornea. — *Cause*: ferite, contusioni, operazioni chirurgiche, praticate sull' occhio, ascesso, ulcere, fistole della cornea, stafiloma della cornea. — Segni diagnostici. — Tumore nerastro prominente a traverso d' un pertugio della cornea, deformità della pupilla, lacrimazione, ottalmia, dolore vivo nei primordi del male. — *Cura*: cauterizzazione, recisione del tumore. — *Cura* generale in caso di complicazioni. III, 129.

Iride (*aderenza viziosa dell'*) *alla cornea*. Questa aderenza è qualche volta congenita, e il più sovente è prodotta dalle ferite della cornea. — Le adesioni al cristallino dipendono dalle stesse cause. — *Cura*: esporre l' occhio alternativamente all' oscurità e ad una luce viva. III, 132.

Iride (*distacco dell'*). È quasi sempre l' effetto di una lesione estrinseca, o di un' ernia dell'iride. — Può essere totale o parziale. — Porta seco quasi sempre la perdita della vista o la confusione degli umori dell'occhio. — *Cura* nessuna, antivenire solamente o combattere le complicazioni. III, 133.

Iride (*imperforazione dell'*). È qualche volta congenita, succede alcune volte alle ferite, alle contusioni dell' occhio, all' ottalmie violente, all' operazione della cateratta. L' assenza completa della pupilla, la cecità quasi assoluta ne formano i segni patognomonici. — *Cura*: consiste nel praticare un' apertura artificiale nell' iride; questa operazione fu fatta prima da Cheselden; processo di Cheselden e di Morand. — Processo combinato di Cheselden e di Janin. Processo di Demours, III, 134. — Processo di Scarpa. 135.

Iride (*movimento convulsivo dell'*). È stato ancora chiamato *sorriso*. È caratterizzato dal ristringimento e dilatazione alternanti e continui della pupilla, e da un cambiamento continuo nella senzazione della luce. — *Cura*: calmanti, salassi, pediluvi. III, 138.

Irritabilita'. Definizione. — È una delle cause le più potenti del divaricamento delle labbra delle ferite. — È in ragione diretta dell' irritazione prodotta all' estremità di un muscolo. I, 128.

Irritanti (*topici*). Consigliati per eccitare la superficie delle ferite suppuranti. I, 138.

Irritanti. Producono talvolta la soppressione della suppurazione. I, 180. — Si hanno da impiegare per le ulceri e le ferite minacciate dalla gangrena di spedale. 183. — Son consigliati nelle ferite di arme a fuoco accompagnate da stupore. 208.

Iscuria. *Ved.* Ritenzion di orina.

Itterizia. Accompagna il più sovente le ferite da morsi di animali velenosi. I, 348.

J

Jussieu. Ha ottenuto la guarigione del morso d'una vipera coll'uso dell'acqua di Luce. I, 212.

K

Keate. Ha eseguito con successo la legatura dell' arteria assillare. I, 316.

L

Labbra (*ferite delle*). Le semplici punture non meritano un esame particolare. — Le ferite prodotte da strumenti taglienti variano per la loro profondità, e per la loro direzione. — Le ferite superficiali non esigono una cura particolare; quelle che occupano tutta la spessezza del labbro saranno trattate come il labbro leporino. (*Ved.* labbro leporino). — Le ferite contuse devono essere parimente riunite di prima intenzione. III, 269 e seg.

Labbra (*tumori fungosi delle*). Questi tumori devono essere accuratamente asportati prima che abbiano acquistato un maggiore sviluppo, e la ferita che ne risulta si ha da trattare, come un labbro leporino. (*Ved.* questo nome) III, 270.

Labbra (*tumori cancerosi delle*). L'inferiore vi è più soggetto del superiore, e gli uomini ne sono più spesso attaccati delle donne. — Caratteri ai quali si riconosce questa malattia. — Rapidità del suo corso, suo pericolo, III, 270. — *Cura*: abolizione del tumore per mezzo dei caustici, o degli strumenti taglienti. — Circostanze in cui si deve anteporre uno dei processi all'altro. — Maniera di applicare i caustici. Descrizione del processo operatorio per l'ablazione del tumore, riunione della ferita di prima intenzione. 272.

Labbra (*ulceri delle*). Sono semplici, erpetiche, scrofolose, cancerose e veneree. — *Cause*: *diagnosi*, caratteri speciali e *cura* differente di queste diverse specie di ulceri. III, 275.

Labbra (*tumori cistici delle*). Si formano sulla faccia posteriore delle labbra, e quasi sempre su quella del labbro inferiore, al di sotto della membrana muccosa che lo tappezza. — Ablazione della cisti. III, 275.

Labbro leporino. Fenditura preternaturale di un labbro. — È congenita o accidentale. — Il labbro leporino congenito non si offre che nel labbro superiore. — La fenditura del labbro può esser doppia. — Si complica spesso di divaricazione degli ossi mascellari, dello sporgimento infuori dei denti. III, 261. — *Cura*; la cura consiste nel convertire i margini della fenditura in una superficie cruenta, i di cui bordi mantenuti ad un perfetto contatto possano coalizzarsi. — Età in cui si deve tentare l'operazione del labbro leporino congenito. 262. — Precauzioni da usarsi prima di procedere all'operazione. 262. — Vessicazione e suppurazione dei bordi della ferita tentate per riunire il labbro leporino; questo processo è condannato dall'Autore. 263. Vantaggi della resezione dei margini della fenditura; strumenti che s'hanno a preferire per questa resezione; processo operatorio. 263. — Cerotti agglutinativi, fasciatura incarnativa, impiegati per mantenere a contatto i bordi della ferita; questi mezzi sono rigettati dall'autore; la sutura gli sembra dover essere esclusivamente adottata. 264. — Genere di sutura che conviene a questa operazione, scelta degli aghi. 264. — Strumenti impiegati per l'operazione del labbro leporino. — Situazione del malato. — Processi operatori. — Maniera di eseguire la sutura attorcigliata. — Medicatura. — Apparecchio contentivo. 264. — Situazione e cura del malato dopo l'operazione; epoca in cui si hanno da levare gli aghi. 266. — Modificazioni che subisce l'operazione nel caso di labbro leporino doppio. 267.

Laberinto (*malattie del*). La membrana che tappezza le cavità costituenti il laberinto può infiammarsi e suppurare, e le ossa cariarsi. — Non si può assegnare durante la vita del malato la sede precisa dell'alterazione. — Questa malattia è il più sovente mortale. III, 220.

Laccio d'aspettazione. Necessario nell'operazione dell'aneurisma per prevenire le emoragie consecutive. II, 98. — Loro utilità. I, 321.

Lacerazione. Divisione, i di cui bordi sono irregolari, sfrangiati e che resulta ordinariamente dall'azione d'una potenza, di cui la direzione è perpendicolare al senso in cui s'opera la la-

cerazione. È messa in uso per lo strappamento dei polipi, per l'estirpazione di certi tumori. III, 284.

Lacerate. (*ferite*). I, 152.

Lacrimale (*tumore*). Tumore più o meno voluminoso situato sotto il grand'angolo dell'occhio, bislungo, cedevole formato dal sacco lacrimale disteso dalle lacrime, e da un umore muccoso puriforme. — Occupa sempre il sacco lacrimale. — *Cause* : ogni ostacolo al corso delle lacrime dal condotto nasale alla fossa nasale; infiammazione cronica della membrana muccosa, addensamento del mucco segregato ec. la compressione del canale da un polipo ec. *Sintomi*; tumore all'angolo interno dell'occhio che si vuota facilmente sotto la pressione, lacrimazione, infiammazione, erisipelatosa del sacco e della pelle circomposta; ascesso, fistola. — Questa malattia non è che il primo grado della fistola, e non deve esser confusa coll'anchilope. — Il tumore lacrimale è talvolta complicato dell'obliterazione dei punti lacrimali; degenerazione del tumore in fistola. *Ved.* Fistola lacrimale. III, 179 e seg.

Lacrimale (*fistola*). Una delle terminazioni del tumor lacrimale. — È semplice, o complicata. — È caratterizzata dall'uscita delle lacrime, dall'ulcerazione del sacco lacrimale. — Non guarisce mai spontaneamente, e rende necessari i sussidii della chirurgia. — *Cura*: quando il tumore lacrimale è recente sono impiegate le fumigazioni risolutive. — Quando la fistola è stabilita s'è proposto la compressione permanente; inutilità e pericolo di questo metodo. — L'indicazione è di ristabilire il corso delle lacrime col mezzo dell'iniezioni, dei setoni, delle taste, delle minugie, delle canule spinte in questo canale dai condotti lacrimali, dal naso, o da una incisione praticata sul sacco lacrimale, — Metodo d'Anel. — Sua descrizione, suoi vantaggi. III, 180. — Metodo di Mejan, suoi vantaggi, suoi inconvenienti, maniera di metterlo in opra. 183. — Metodo di Pallucci. 185. — Metodo di Laforest; consiste nel ristabilire il corso alle lacrime per il canale nasale, introducendo per il naso degli specilli in questo canale; maniera di porlo in uso; suoi inconvenienti; suoi vantaggi. 185. — Metodo di Petit: consiste nel ristabilire il corso naturale delle lacrime deostruendo il canale nasale con uno specillo, e con delle minugie introdotte da un'apertura fatta al sacco lacrimale al di sotto del tendine del muscolo orbicolare delle palpebre. — Processo operatorio. 186. — Processo di Monro. Abbandonato dai pratici. 188. Metodo di Pouteau. — Discusso dall'Autore, abbandonato dai pratici. 188. — Uso dei setoni e delle minugie proposte da Petit, Pouteau, Lecat, Monro; vantaggi e inconvenienti di questo metodo. 189. — Processo di Lecat per dilatare il canale nasale col mezzo di un setone; modificazioni di Pamard e di Desault; maniera d' operare. *Cura* e medicature susseguenti all'operazione. 190. — Processo degli antichi rimesso in voga da Scarpa, cauterizzazione dell'osso unguis, perforazione del medesimo osso; modo di fare quest'operazione. — *Cura* e medicature susseguenti all'operazione. — Processo di Hunter per perforare l'osso unguis. 195. — La fistola lacrimale non è sempre una malattia puramente locale; essa è talvolta prodotta, o complicata da un vizio scrofoloso, venereo od altro. — In questo caso si deve amministrare dapprima i rimedi interni atti a combattere la diatesi generale, e continuarne l'uso in tutto il tempo che il malato è sottoposto alla cura locale, e qualche fiata ancora lungo tempo dopo la fine di questa cura. — La recidiva della malattia è frequentissima. — L'ostruzione del canale nasale e l'atonia del sacco lacrimale ne sono la causa la più comune. 198.

Lacrimali (*malattie dei punti e dei condotti*). I punti e i condotti lacrimali possono essere ingorgati, la loro direzione può esser cambiata; possono essere ristretti, dilatati, obliterati, o ulcerati. — La causa la più ordinaria di queste malattie è l'infiammazione. — Introduzione della siringa d' Anel, iniezioni. — In caso d' obliterazione si ristabilirà la strada col processo di Antonio Petit, o con quello di Monro. — Descrizione di questi processi, loro inconvenienti, loro vantaggi. III, 83.

LAFAYE. Cita l'esempio d'una riunione del braccio dopo la divisione dell' osso, e di quasi tutte le parti molli. II, 145.

LAGOFTALMIA. Malattia, in cui la palpebra superiore è retratta, o troppo corta per potere abbassarsi, e coprire intieramente il globo dell'occhio. — É ordinariamente il resultato d' una bruciatura, della gangrena, o d'una ferita con perdita di sostanza. — *Cura*: incidere la cicatrice e tenere divaricati i labbri della ferita. — Questa pratica è vituperata dall'autore. — La malattia è essenzialmente incurabile. III, 175.

LAMINA DI PIOMBO. Mezzo di compressione per deprimere le ineguaglianze delle cicatrici delle bruciature. I, 131.

LAMOTTE. Riporta l'osservazione d' un' asfissia locale che durò otto giorni. I, 109. — Cita quattro osservazioni di riunione degli ossi dopo la divisione completa fatta da strumento tagliente. II, 151. — Risanò imperfettamente un epilettico trapanandolo. III, 38.

LARINGEA (*angina*). Infiammazione della membrana muccosa della laringe. Può essere prodotta dalle stesse cause di quelle che danno origine all'infiammazione delle tonsille, del velo pendulo palatino e della faringe. — *Segni diagnostoci* tratti dalla difficoltà del respiro, dai caratteri della voce. — Dà luogo agl'istessi sintomi dell'angina tracheale. — Caratteri anatomici di questa flemmasia. IV, 29. — Il prognostico dell'angina laringea è in generale gravissimo; il suo corso è molto rapido, e potendo questo male diventare prontamente funesto, si deve mettere la maggiore celerità nell'impiego dei mezzi atti a combatterla. 30. — *Cura*: salassi generali e locali, topici emollienti e anodini. — La malattia degenera spesso in tise laringea. (*Ved.* qui sotto). 31.

LARINGEA (*tise*). È La conseguenza dell'angina laringea o dell'infiammazione catarrale della membrana muccosa della laringe. — *Segni diagnostici* della malattia. — Complica spesso la tise polmonare. — È ordinariamente una malattia gravissima. — La cura deve essere diretta in principio contro l'infiammazione catarrale della membrana muccosa della laringe, più tardi uno deve limitarsi a palliare i sintomi della malattia, e particolarmente la tosse col mezzo delle fumigazioni emollienti e delle pozioni oppiate. IV, 30.

LARINGOTOMIA. Operazione consistente nella divisione delle cartilagini della laringe, per favorire l'introduzione dell'aria nei polmoni, ed estrarre i corpi stranieri. — La disposizione anatomica delle parti rende più semplice e più facile la laringotomia della tracheotomia. — La prima deve essere preferita alla seconda in tutti i casi in cui si può adempire all'oggetto che uno si propone coll'aprire la via del respiro. — Casi in cui l'una deve essere preferita all'altra. — Descrizione dei processi operatori. IV, 48. — Osservazione di laringotomia praticata con successo dall'Autore in un caso d'introduzione d'un corpo estraneo nella laringe. 52.

LASSUS. Riferisce vari casi di guarigione spontanea d'aneurismi veri. 301.

LAUMONIER. Ha praticato con successo l'estirpazione dell'astragalo in un caso di lussazione del piede complicata di lussazione dell'astragalo sul calcagno e sullo scafoide. II, 346.

LAVATIVI. Consigliati in tutte le infiammazioni. I, 22.

LEEUWENHOECK. Sue esperienze microscopiche su i globuli del sangue. I, 13 e seg.

LEGATURA (*dei vasi*). Produce la gangrena. — Per qual meccanismo. — Ora la gangrena è parziale, ora essa occupa tutto il membro. I, 52.

LEGATURA (*dei vasi*). In che consiste. — Suo modo d' agire. — Indicata dagli antichi. — Scoperta da Ambrogio Pareo. — Si fa in due maniere, mediatamente e immediatamente. — Immediata, suoi effetti. — Mediata, suoi effetti. I, 63. — Legatura immediata. — È poco dolorosa, non dà mai luogo agli stessi accidenti della legatura mediata. — Non cambia di sito. — Cade di rado prima che l' arteria sia del tutto obliterata. — Modo d' eseguirla, evitare di comprendere i nervi nella legatura. 64.

Legatura mediata. È più dolorosa dell'immediata. — Dà luogo a dei gravi accidenti. — È stata la sola adoperata per lungo tempo. — Espone all'emorragia più della legatura imme-

diata. — Maniera d'applicarla. — Opinioni diverse degli autori. — Vi sono tre casi nei quali deve essere impiegata. — Maniera di praticarla in questi tre casi, I, 67. — Modo di applicare il filo (*Ved.* Filo). — Precetti relativi alla legatura dei vasi in certe operazioni. 70.

Legatura. Dev' essere sempre anteposta alla compressione nei casi d'emorragia consecutiva delle ferite d'armi a fuoco. I, 84.

Lembo. Circiuto intieramente da un' incisione può ancora fruire della vita. I, 147.

Lenta (*febbre*). *Ved.* Etica.

Leucoma. Non dev'essere distinto dall'albugine. — Questa denominazione è stata riservata da certi autori per designare le macchie della cornea consecutive alle cicatrici dell'ulceri, o di una ferita. III, 128 e seg. — *Ved.* Albugine.

Ligamenti (*contusione dei*). Suoi effetti. I, 181.

Linea bianca (*fenditura della*). *Ved.* Ernia dello stomaco.

Linea bianca (*rilasciamento della*). Stato in cui i muscoli retti sono separati l' uno dall' altro da un intervallo molto maggiore del naturale. — S' osserva spesso nei fanciulli e principalmente nelle donne che hanno avuto varie gravidanze. IV, 324. — Gli effetti di questo rilasciamento sono diversi, secondo il grado, a cui è portato. 324. — Quando questa divaricazione è considerabile; le viscere fanno risalto in mezzo dell' addome. 324. — Questa malattia reclama l'uso d' un cinto che contenga i visceri. 325. — Esistono parecchi tumori addominali che si possono prendere per ernie formate dalla divaricazione delle fibre della linea bianca. — *Diagnosi differenziale.* 325.

Linfatiche (*glandule*). Sono la sede speciale degli ascessi freddi. I, 96.

Lingua (*ferite della*). Le ferite della lingua da strumenti pungenti non offrono alcuna indicazione particolare. — Le ferite d' arme a fuoco guariscono sempre con un'estrema facilità. III, 368. — Le ferite da strumenti taglienti son quelle che presentano più varietà. — *Cura* della ferita, quando la lingua è semplicemente divisa, e la divisione non comprende tutta la spessezza dell' organo. — Le ferite con perdita di sostanza variano secondochè la porzione della lingua rimasta separata dal resto di quest' organo è più o meno considerabile. — Nel caso di ferita a lembi, è da preferirsi la pratica di qualche punto di sutura. 369.

Lingua (*tumefazione della*). Ha luogo talvolta nel corso del vaiuolo, nel tempo d' una cura mercuriale, può dipendere ancora dall' azione d' una sostanza velenosa. — Il corso della malattia è in generale rapidissimo; può terminare colla morte nel terzo, ed anche nel secondo giorno. — *Cura*: antiflogistici, revulsivi, scarificazioni profonde della lingua. III, 370.

Lingua (*prolasso cronico o procidenza della*). È una malattia ordinariamente congenita. — Deformità che induce; cambiamenti di rapporti delle parti che costituiscono la bocca e la gola. — Non dev' essere confusa colla tumefazione inflammatoria della lingua. — *Diagnosi differenziale.* — *Cura*: profilattica nei bambini. — *Metodo curativo* degli adulti. III, 371.

Lingua (*tumori cancerosi della*). Questi tumori si formano qualche volta alla superficie della lingua e in generale ne occupano la punta o i margini. — Piccolissimi in origine, aumentano di volume gradatamente, e finiscono coll'ulcerarsi e col provocare la morte dell' infermo. — Non devono esser confusi cogl' ingorghi, di cui la lingua può esser la sede. — *Segni differenziali.* — Non si possono guarire i tumori cancerosi della lingua, se non se asportandoli collo strumento tagliente, e cauterizzandone la ferita con un ferro infuocato. — La maniera di praticare quest'operazione è differente secondochè il tumore è attaccato ad un peduncolo, o che la sua base è confusa colla sostanza propria della lingua. — Descrizione dei diversi processi operatorii. III, 375.

Lingua (*ulceri della*). La lingua è soggetta a delle ulceri di diverse specie, mantenute da differenti cause interne o locali. — Di queste ulceri le une sono dovute al vizio scorbutico, le altre sono veneree, le altre cancerose. — Caratteri differenziali di queste specie:

— *Cura* adattata alla causa e ai sintomi della malattia. III, 377.

Lingua (*perdita della*). Può essere il resultato d' una violenza esteriore. — Può dipendere dalla gangrena sopraggiunta nel corso d' un' infiammazione violenta di quest'organo. — Descrizione degli amminnicoli proprî a facilitare la parola. — La rigenerazione di questo organo è impossibile. III, 377.

Lingua (*aderenze congenite della*). Queste adesioni si manifestano sotto svariatissime forme, il più spesso però sotto quella d' un cercine carnoso. — Processo operatorio per asportare questo cercine. III, 379. — *prolungamento del frenulo della lingua*; operazione usitata per rimediare a questo vizio di conformazione. 380. — Esistenza di briglie membranose, che ritengono la lingua in una posizione viziosa, sezione di queste briglie. 381. — Aderenza completa della parte inferiore della lingua colla parete corrispondente della bocca. — Dissezione delle parti che formano l' aderenza. 382.

Linimento (*d' acqua di calce e d' olio di oliva*). Utile nel secondo grado della bruciatura. I, 129.

Lino (*farina di semi di*). Fra i migliori cataplasmi ammollienti. I, 22.

Lipoma. Nome dato ai tumori freddi non saccati, formati dal cumulo del grasso nel tessuto cellulare. — Ha qualche analogia collo steatoma. I, 397.

Litotomia. *Ved.* Vescica. (*calcoli della*).

Litotomia nell' uomo, nella donna. *Ved.* Vescica (*calcoli della*).

Litotomia (*coll' alto apparecchio*). *Ved.* Vescica (*calcoli della*).

Litotomo (*nascosto di Fra Cosimo*). *Ved.* Vescica (*calcoli della*).

Lombi. Sono alcune volte la sede degli ascessi per congestione. I, 27.

Louis. Fa conoscere l' inutilità e gl' inconvenienti della sutura in un gran numero di casi. I, 121.

Luce (*acqua di*). *Ved.* Acqua di Luce.

Lussazioni (*in generale*). Cambiamento permanente dei rapporti naturali delle superfici articolari delle ossa. II, 420.

Lussazioni (*differenze delle*). Relative, 1.° alla specie di articolazione slogata, 2.° al senso in cui lo spostamento si effettua, 3.° all' estensione di questo medesimo spostamento, 4.° al tempo che è decorso dall' esistenza della malattia, 5.° alle circostanze accidentali concomitanti. 1.° Vi sono delle articolazioni il cui dislogamento è impossibile senza degli sforzi eccessivamente violenti; nelle articolazioni ginglimoidee le lussazioni sono difficili, ma si osservano per altro anco assai frequentemente; esse hanno luogo soprattutto nelle articolazioni orbicolari. 2.° Nelle articolazioni artrodiali il dislogamento non ha luogo che nel senso stesso dei movimenti possibili nell' ordine naturale; nell' articolazioni ginglimoidee, la lussazione non si effettua che verso le estremità dei due diametri, di cui l' uno gli sarebbe parallelo nel senso dei movimenti possibili nell' ordine naturale e l' altro incrocierebbe il primo a angolo retto; nelle articolazioni orbicolari la lussazione può effettuarsi in tutti i punti a menochè alcune disposizioni particolari non vi mettano ostacolo. 3.° Le lussazioni sono state distinte in complete e in incomplete, ma quelle dell' articolazioni ginglimoidee lo sono molto di rado; lo stesso vale per le articolazioni artrodiali. 4.° Quando le lussazioni sono recenti, ordinariamente non vi sono neppure accidenti consecutivi; ma dopo vari giorni evvi tensione infiammatoria e irritazione spasmodica dei muscoli il che osta alla reposizione. — Le lussazioni possono esser complicate di contusione, di infiammazione, di contrazione spasmodica dei muscoli, di lacerazione di questi medesimi organi e della pelle, di compressione o di rottura dei vasi o dei nervi principali del membro e di frattura. II, 422.

Lussazioni (*cause delle*). *Cause* predisponenti, disposizioni naturali dell' articolazioni, vizi morbosi, attitudine dei membri. — *Cause* efficienti, violenze esterne; l' effetto di una caduta, la violenza del moto impresso ai nostri membri, bastano talvolta per produrre la lussazione di un' articolazione ginglimoidea, nelle lussazioni delle articolazioni orbicolari, vi si aggiunge sempre l' azione muscolare. II, 428.

Lussazioni (*effetti delle*). Le lussazioni si traggon sempre dietro la lacerazione dei ligamenti che circondano e conso-

lidano l' articolazione; alcune non possono effettuarsi se non dopo la frattura preliminare di qualche apofisi. — Quando la lussazione è estesa, v' è talvolta lacerazione dei muscoli o dei tendini che circondano l' articolazione; i nervi e i vasi possono patire un'alterazione dello stesso genere. — Distensione o rilasciamento di certi muscoli, difficoltà, impossibilità dei movimenti. — Mobilità straordinaria del membro, se vi è lacerazione completa dei mezzi unitivi dei due ossi. — Quando la testa di un osso è uscita dalla sua cavità, le parti molli circomposte si infiammano, si inspessiscono, cangiano di tessitura, divengono fibrose e si fissano all' osso che diventa egli stesso la sede di una infiammazione adesiva; si forma una nuova e falsa articolazione. — La cavità ossea che riceveva la testa dell' osso si ristringe e finisce coll' obliterarsi. II, 431.

Lussazioni (*segni delle*). Il dolore, l'impotenza del membro non sono che dei segni equivoci. — Una caduta, una violenza esercitata nel tempo che il membro assume un certo atteggiamento, sono di un maggior valore. — Scorciamento del membro, o allungamento, secondo il genere di lussazione, secondo la specie di articolazione. — Non si può senza gran sforzi rendere al membro la sua lunghezza e la sua direzione naturale. — Cambiamento di direzione. — Questo cambiamento non si osserva che nelle lussazioni delle articolazioni orbicolari, e nelle lussazioni incomplete delle articolazioni ginglimoidee. — La resistenza di certi muscoli o di certi ligamenti induce pure il membro in direzioni viziose. — L' immobilità assoluta si osserva in qualche caso di lussazione dell' articolazioni ginglimoidee. — La perdita di certi movimenti è un segno costante di lussazione, e si osserva in tutti i casi; la mobilità estrema si osserva, quando tutti i ligamenti di un' articolazione ginglimoidea e le parti molli che la cingono sono stati lacerati contemporaneamente. — Tensione o rilasciamento di certi muscoli, secondo la direzione dell'osso e suo cambiamento relativo. — Cangiamento di forma delle parti che circondano immediatamente un'articolazione; ineguaglianza de'contorni, cambiamento di rapporto delle diverse eminenze ossee. II, 439.

Lussazioni (*pronostico delle*). Ogni lussazione non ridotta deve togliere più o meno completamente l' uso del membro lussato. — La lussazione delle articolazioni artrodiali non trae seco di ordinario che pochi inconvenienti. — La riduzione delle lussazioni delle articolazioni è più facile di quella delle articolazioni orbicolari ginglimoidee; ma la malattia è molto meno grave nel primo che nel secondo caso. — Le lussazioni sono tanto più gravi, quanto più son complete, quanto più sono antiche e complicate. II, 443.

Lussazioni (*cura delle*). Le indicazioni sono di ridurre la lussazione, di mantenerla ridotta, di prevenire gli accidenti, o di combatterli, quando sono comparsi. — La riduzione è tanto più facile quanto più è recente la lussazione, e dev'essere tentata il più prontamente possibile. — Le forze destinate a operare la riduzione debbono esser disposte in modo che possano agire egualmente su tutti i muscoli tesi e che tirino in senso opposto le due estremità per produrre il loro allungamento; estensione, contrestensione. — Le forze estensive sono esercitate il più lontano possibile dalla lussazione; queste forze saranno proporzionate alla resistenza che oppongono gli ossi lussati, e saranno effettuate piuttosto dagli aiuti che da un ordigno meccanico, e si eserciteranno coll'intermezzo dei lacci. — L'estensione dev'esser sempre fatta nel senso, secondo il quale s'è operata la lussazione. — La contrestensione dev'essere applicata il più lontano possibile dall'articolazione offesa; la sua forza dev'essere eguale a quella dell'estensione, essa deve agire perpendicolarmente alla superficie articolare degli ossi. — Si deve procedere alla coattazione, quando l'estensione è portata al grado convenevole; si ripone l'osso facendo eseguire al membro un movimento opposto a quello che ha avuto luogo nel tempo della lussazione; bisogna ricondurre l'osso per la strada che ha battuto per escire dalla sua cavità. — Nelle lussazioni incomplete delle articolazioni ginglimoidee, si fa la coattazione spingendo l' osso

slogato in un senso opposto alla lussazione. — Quando l'irritazione e la contrazione dei muscoli sono troppo violente, si calma questa complicanza per mezzo degli antiflogistici prima di ridurre la lussazione. — Epoca in cui si può tuttavia tentare la riduzione. — Segni ai quali si riconosce che là lussazione è ridotta. — Diminuzione del dolore, ripristinazione della forma, della direzione e della lunghezza del membro. — Si mantiene la lussazione ridotta con un'estrema facilità impedendo i movimenti nel senso in cui s'è operato il dislogamento. II, 445.

Lussazioni. Della mascella inferiore, delle vertebre, delle costole, del bacino, della clavicola ec. *Ved.* questi nomi.

M

Macchie. Carattere particolare di quelle che contrassegnano i primordi della gangrena di spedale. I, 198.

Macchie congenite. Sono talvolta confuse con i tumori fungosi di nascita. I, 382. — Si manifestano su tutte le parti del corpo e specialmente sul volto. — Sono ordinariamente corredate di peli. — Qualche volta hanno un colore rosso che diviene più acceso all'approssimarsi dei mestrui. — Non interessano altro che il tessuto reticolare della pelle. — Non sono mai accompagnate da pericolo. — I caustici e lo strumento tagliente saranno utilmente impiegati per distruggerle. 398.

Maligna (*infiammazione*). Denominazione data alle flemmasie, che terminano essenzialmente per gangrena. I, 109. *Ved.* Gangrenosa.

Mammelle (*contusione delle*). Merita un'attenzione particolare a causa degli accidenti gravi che promuove. — Ella produce spesso la degenerazione scirrosa delle mammelle. — *Cura*: emissioni sanguigne, emollienti; evitare i medicamenti ripercussivi. IV, 72.

Mammelle (*ingorgo latteo delle*). È volgarmente conosciuto sotto il nome d'indurimento del latte, (*poil* de' Francesi) pelo. — Si designa sotto questo nome l'ingorgo del seno che si manifesta nelle puerpere. — *Prognostico*: induce spesso la suppurazione della mammella. IV, 73. — *Cura*: impedire per quanto è possibile la secrezione del latte sottoponendo la donna alla dieta, e facendo uso di rimedi derivativi e topici coll'ammoniaca. 73.

Mammelle (*infiammazioni delle*). Tien dietro frequentemente all'ingorgo latteo, ed ha quasi sempre luogo nelle balie e nelle puerpere. — Quest'infiammazione si termina qualche volta per risoluzione, più frequentemente per suppurazione. — La cura deve essere la stessa delle altre infiammazioni in generale. — Bisogna aprire gli ascessi del seno col bistourì. — Qualche volta in seguito d'ascesso della mammella, restano delle fistole più o meno profonde; mezzi di guarirle. IV, 74. — Volpi riporta un esempio di vero spandimento di latte nella mammella. 75.

Mammelle (*tumori cistici delle*). Sono delle specie di meliceride o d'ateroma formati da un liquido giallastro o biancastro, d'una consistenza variabile, contenuti ordinariamente in un solo involucro, raramente in più sacchetti isolati. — Questi tumori devono essere estirpati col ferro tagliente, qualunque siasi il loro volume, la loro forma e situazione, avvertendo bene di non aprirne la cisti. IV, 75.

Mammelle (*cancro delle*). Questa malattia è comunissima. — La sua invasione, il suo corso e i suoi sintomi offrono molte varietà. IV, 76. — La malattia non principia sempre con un tumoretto duro, circoscritto, rotondo, mobile ec. Talvolta invade una gran parte od anche la totalità della mammella per così dire d'assalto. — Nelle donne che sono pervenute all'età critica, la mammella invece di tumefarsi si rannicchia in certo modo e diventa scirrosa. 76. — Il dolore è riguardato come un segno della degenerazione dello scirro del seno in cancro, ma il dolore non esiste sempre. 76. — L'ingorgo è un fenomeno quasi costante del cancro delle mammelle; del resto varia singolarmente. 77. — Il tumore perde la sua mobilità a misura che

aumenta di volume e cambia di forma. — Degenerazione successiva della pelle, ulcerazione del cancro. 78. — Forme svariate dell' ulcerazione, emorragie, ingorgo delle glandule ascellari, infezione generale degli umori, diatesi cancerosa. 79. — Il corso del cancro alla mammella e la sua durata non sono sempre li stessi. 80. — Il cancro delle mammelle confermato è essenzialmente incurabile dalle sole forze della natura. — Si è veduto peraltro la gangrena impossessarsi del tumore e separarlo. 80. — La cura è differente secondo che si può sperare di guarirlo sia coi medicamenti, sia colla operazione, o che non vi è alcuna speme di risanamento. — Circostanze in cui si può sperare la guarigione di questi tumori per la via della risoluzione. 80. — Circostanze, in cui si può sperare la guarigione dopo l' asportazione del tumore. 81. — La recidiva della malattia dopo l' estirpazione o l' amputazione avviene quasi costantemente. 81. — Non si deve mai imprendere l' estirpazione di un tumore ravvisato per un vero cancro. 82. — Esame dei motivi che devono distogliere un pratico dall'operazione del cancro. 83. — L'operazione del cancro consiste nell'asportare tutto il tumore con lo strumento tagliente. — L'operazione vien detta estirpazione, quando si conservano gl' integumenti, e amputazione nel caso contrario. — Casi in cui una dev'essere preferita all'altra. 84. — Descrizione del processo operatorio per l'estirpazione del cancro alla mammella. 84. — Descrizione del processo operatorio per l' amputazione della mammella cancerosa. — In qualunque modo sia stata praticata l' ablazione del tumore si deve procedere contemporaneamente all' estirpazione delle glandule assillari, quando se ne incontra una o più ingorgate. 86. — Non si deve togliere il primo apparecchio se non al termine del quarto giorno. — Lo stabilire dei cauteri non è d'alcuna utilità per prevenire la recidiva. 87.

Marchetti. Referisce l'osservazione d' un uomo che fu colpito di epilessia due o tre mesi dopo la guarigione apparente di una ferita ricevuta alla testa. — V'era perforazione dell' osso. — Il chirurgo trapanò l'osso, procurò l'esito a un icore giallognolo e il malato risanò della ferita e dell' epilessia. III, 36.

Mascella inferiore (*fratture della*). Possono aver luogo vicino alla sinfisi fra il mento e l' angolo dell' osso nelle branche della mascella, sul bordo alveolare. — Sono ordinariamente oblique. — Lo spostamento è tanto più considerabile a parità di circostanze, quanto più la frattura è lontano dalla sinfisi. — Hanno luogo da causa esterna sia immediatamente, sia per controcolpo. — *Diagnosi*: facile; ineguaglianza della base della mascella e dell' arco alveolare: crepitazione. — *Prognostico*: queste fratture sono poco gravi e non producono che raramente la paralisi parziale. — *Cura*: riporre i frammenti ravvicinando l' una all' altra le mascelle, e mantenerle a contatto per mezzo d' un'idonea fasciatura; nella frattura del collo del condilo, s' impiega la fasciatura detta capestro semplice e si mettono delle compresse graduate all' angolo della mascella; evitare ogni sorta di movimento della mascella. II, 41.

Mascella inferiore (*lussazione della*). Si osserva assai di frequente, ma più di rado nei bambini che negli adulti a causa della conformazione dell'osso. — Quest' osso non può esser lussato altro che portandosi all' innanzi dell' apofisi trasversa del temporale. — Il più ordinariamente i due condili sono lussati nello stesso tempo; può succedere per altro, che uno di loro sia il solo lussato. — *Cause*: ogni forza capace di portare la divaricazione delle mascelle al di là dei limiti naturali. — Sbadigli, vomiti, caduta o colpi sul mento. — L' azione muscolare del massetere e dello pterigoideo interno sembra coadiuvare ancora lo spostamento. II, 251. — *Segni diagnostici*: l' apertura della bocca sulle prime enorme diminuisce gradatamente e i denti incisivi si ravvicinano a una distanza di quasi un pollice e mezzo. — I denti delle due mascelle non si corrispondono più; la saliva più abbondante scola involontariamente dalla bocca; l' articolazione dei suoni è molto più difficile, innanzi al condotto auditivo esterno si nota

una depressione formata dalla cavità glenoidea del temporale. — *Prognosi*: nulla ha di grave; se la lussazione non è ridotta, le mascelle si ravvicinano a poco a poco, e il malato finisce col potere eseguire qualche movimento. — Dopo la riduzione, la recidiva è frequente. — *Cura*: riduzione il più comunemente facile; processo operatorio per ricondurre l'osso nella sua posizione naturale, processo degli antichi meno vantaggioso di quello dei moderni, ravvicinamento violento delle mascelle biasimato dall'autore. — *Cura* debilitante nel caso che l'infiammazione e l'irritazione muscolare s'oppongano alla riduzione. — Fasciatura a fionda per prevenire la recidiva. 256.

Mascella inferiore. Denudata e necrosata dalla compressione. I, 121.

Mascellare (*ferite del seno*). Le punture non destano ordinariamente alcuno sconcerto, e la loro guarigione è facile e pronta. — Le ferite da strumenti taglienti debbono esser trattate come ferite semplici. — Le ferite contuse sono più gravi e sovente il loro risanamento è impedito dalla presenza di qualche scheggia che bisogna estrarre. III, 280.

Mascellare (*infiammazione del seno*). La membrana che tappezza il seno mascellare è talvolta la sede d'un' infiammazione, alla quale non partecipa il resto della membrana pituitaria. — Questa malattia si combatte con i rimedi generali dell'infiammazione e non offre alcuna indicazione particolare. III, 281.

Mascellare (*idropisia del seno*). Accumulamento di mucco nel seno mascellare che distende questa cavità. — Riconosce per cause le percosse alla gota, la carie di qualche dente o lo sviluppo d'un dente nel seno. — Il seno può acquistare una dimensione enorme e fare un'elevatezza considerabile al di sotto degl'integumenti. — Osservazione riportata dal Sig. Dubois. — *Cura*; iniezione nel seno; quest'operazione è il più sovente impraticabile; avulsione dei denti cariati, perforazione della volta alveolare. III, 281.

Mascellare (*ascesso del seno*). L'infiammazione della membrana, che riveste i seni mascellari può terminare per suppurazione e dar luogo a una raccolta di pus in questa cavità; li stessi effetti possono essere prodotti dalla carie di un dente dell'osso mascellare ec. ec. — Il pus fluisce spesso da se medesimo per l'apertura naturale dei reni, e fa in tal modo riconoscere la malattia. — Il *prognostico* non è generalmente tristo. — La sola *cura* che s'ha da impiegare per questa malattia consiste nel favorire lo scolo del pus. — S'ottiene l'intento perforando il seno dal fondo d'un alveolo. — Lamorier proponeva di trapanare l'osso al di sotto dell'apofisi zigomatica. III, 284. — Modificazioni arrecate alla cura da delle fistole alla gota o da un'enorme tumefazione dei seni. 286. — Processo messo in uso da Bertrandi in un caso di fistola. 286. — Quando la malattia è l'effetto d'una lue inveterata, si fa uso delle preparazioni mercuriali. 288.

Mascellare (*polipi del seno*). Cause e caratteri di questi tumori, cambiamento che apportano nella configurazione della faccia e nelle funzioni degli organi vicini. — *Cura*: trapanare il seno o ingrandire le aperture fistolose in modo da andare ad afferrare e strappare il polipo. III, 288.

Mascellare (*fistole del seno*). Hanno la loro apertura esterna sulla gota e principalmente sul bordo alveolare. — Sono il più comunemente prodotte dagli ascessi dei seni. — *Cura*; non si deve tentare la cura di quelle che hanno la loro sede nel margine alveolare, le altre si guariscono, quando s'è facilitato lo scolo del pus da un altro sito. III, 290.

Mascellare (*necrosi del seno*). L'arcata alveolare è la parte della mascella superiore la più spesso attaccata da necrosi. — Essa è il più sovente consecutiva ad una malattia o all'avulsione dei denti. — Caratteri ai quali si riconosce quest'infermità. — *Cura*: quando il pus, che si forma nel seno esce liberamente, uno deve contentarsi di fare delle iniezioni per condurre fuori le materie purulente o d'ampliare le aperture fistolose nel caso che il pus sgorgasse difficilmente. III, 291.

Mascellare (*esostosi delle pareti del seno*). Quest'esostosi è ineguale prolungata in vari sensi, secondo il grado di resistenza che gli oppongono le parti

che solleva, dura esteriormente, molle fungosa interiormente. — La diagnosi di questa malattia è sovente difficilissima; esame dei sintomi che la caratterizzano. III, 292 e seg. — L'esostosi del seno mascellare è sempre una malattia disgustosa; la sua gravità per altro è proporzionata alla sua estensione e alla rapidità dei suoi progressi. 292. — *Cura* relativa all' antichità del tumore, al suo volume, alle sue cause, alle circostanze che l' accompagnano. 293.

Mascellare (*corpi stranieri nel seno*). I corpi estranei che s' incontran talvolta nel seno mascellare vi hanno penetrato o dall'apertura naturale di questa cavità o da una accidentale. — *Cura*: trapanazione del seno, ed estrazione del corpo straniero nel caso in cui dasse origine a degli accidenti troppo gravi. III, 294.

Mascellare (*malattie della glandula e del suo dutto escretore*). Le ferite di questa glandula danno luogo qualche volta alle fistole salivari. — La sua infiammazione è spesso confusa coll'ingorgo inflammatorio delle glandule linfatiche, circonvicine. — La gonfiezza della glandula può aver luogo in seguito dell'obliterazione dei canali salivari da qualche concrezione. — L'esistenza dello scirro di questa glandula è revocata in dubbio dall'autore. III, 309.

Masturbazione. Produce spesso la carie della colonna vertebrale. I, 102.

Maunoir. Modifica il processo uteriano per l'operazione dell'aneurisma. I, 228.

Mediastino (*ascessi del*). Si formano il più comunemente nel mediastino inferiore. — Sono prodotti da cause interne o esterne. — Fanno un corso ora acuto, ora cronico. IV, 123. — I sintomi della infiammazione acuta del mediastino hanno molta analogia con quelli dell'altre infiammazioni di petto. — Questa flemmasia si propaga talvolta agli organi vicini. 123. Questa infiammazione può terminare per risoluzione e per suppurazione. 123. — È sempre una malattia gravissima. 123. — Il pus può farsi strada nella cavità delle pleure o del pericardio. 123. — Le indicazioni curative si limitano a dare esito alla marcia; a detergere le pareti dell'ascesso e a favorire il loro coalito. 124. e seg. — Osservazioni diverse relative alla cura di questi ascessi. 124.

Medicature (*delle ferite suppuranti*). — Maniera di farle. — La loro frequenza è relativa alla copia delle marcie. Le prime richiedono molta attenzione. I, 89. — Si oppongono quando son mal fatte alla rimarginazione delle ferite. 92.

Meliceride. Nome dato ai tumori freddi saccati, quando contengono una materia gialla viscosa, della consistenza del miele. I, 389. — È più molle, più elastico, più fluttuante dell' altre specie di tumori freddi. 201.

Membrana midollare (*delle ossa*). Sua infiammazione consecutiva alle contusioni delle ossa. — Determina degli ascessi nella cavità dell' ossa. Sintomi che annunziano questa malattia. — *Cura*. I, 204.

Membri. Si separano qualche volta spontaneamente dopo la congelazione. I, 117.

Meningo-filace. È un istrumento assai rassomigliante al coltello lenticolare, il di cui uso è di gravitare leggermente sulla dura madre per agevolare l'uscita del sangue, o della marcia stravasata sotto questa membrana. III, 41.

Mercurio. È stato impiegato contro il tetano, ed ha qualche volta riuscito. — Deve essere amministrato in modo da promuovere la salivazione. — Storia di malattia ivi pertinente riporta da Heurteloup. I, 182.

Metacarpo (*frattura degli ossi del*). È assai rara. Ha sempre luogo per causa diretta. La diagnosi ne è facile. — Il prognostico non è mai tristo, a meno chè non vi sia una gran lacerazione delle parti molli. — L' amputazione può divenire qualche volta necessaria. — *Cura*: compresse allungate, ferule anteriore e posteriore. — Medesima cura delle ferite contuse, se vi è complicanza di ferita. II, 74.

Metacarpo (*amputazione delle ossa del*). Ved. Amputazione.

Metacarpo (*lussazioni dell' ossa del*). I quattro ultimi ossi del metacarpo non possono subire alcuna deviazione che meriti il nome di lussazione; la lacerazione o la distensione dei loro ligamenti non richiede altra cura che

quella delle contusioni e delle ferite contuse. II, 302.

Metacarpo (*lussazioni del primo osso del*). La sola lussazione in addietro è stata osservata. — *Cause*: non può esser prodotta che da una forza esterna, che porti le ossa con violenza del lato della flessione. — *Segni diagnostici*: risalto della testa dell' osso dietro il trapezio, flessione del pollice e del primo osso del metacarpo, impossibilità di stendere il dito, dolore vivo. — *Cura*: la riduzione è sempre facile, quand' anche la tumefazione flogistica sia considerevole; allorchè questa riduzione è eseguita si copre la mano di pezzette imbevute di un liquido risolvente, e si pone lungo la parte posteriore dell' osso una piccola ferula di legno. II, 302.

Metastasi (*inflammatoria*). Sue *cause*, è sovente prodotta dall' applicazione intempestiva dei ripercussivi. I, 17. — Suoi pericoli. Spiegazione di Bordeu. 17.

Metatarso (*amputazione dell' ossa del*). *Ved.* Amputazione.

Metrite. *Ved.* Utero (*infiammazione dell'*).

Midriasi. *Ved.* Pupilla.

Miliare (*eruzione*). Comparisce spesso alla pelle delle persone attaccate dal tetano. — Non produce alcun cambiamento nel corso della malattia. I, 97.

Miliare (*erisipela*). Suoi caratteri. I, 230.

Miopía. È lo stato degli individui che hanno la vista corta e che non possono vedere gli oggetti altro che da vicino. — *Cause*: organizzazione difettosa dell' occhio, di cui gli umori o le membrane e talvolta gli uni e le altre refrangono con troppa forza i raggi luminosi: estensione troppo grande del diametro antero-posteriore dell'occhio; abitudine contratta dall' infanzia di riguardare gli oggetti da vicino. — *Segni diagnostici*: occhi grossi e sporgenti in fuori, vista corta, nictalopia. — *Cura*, occhiali a lenti concave. — La vecchiaia produce talvolta la guarigione diminuendo gli umori dell'occhio e appianando la cornea; guarisce talvolta dopo l' estrazione del cristallino nell' operazione della cateratta. III, 212.

Mitto cruento. *Ved.* Ematuria.

Molinelli. Rimette in vigore il metodo di Anel per l' operazione dell' aneurisma. I, 310.

Morand. Cita dei fatti idonei a provare, che il virus carbonchiale applicato all' interno non è pericoloso. I, 214.

Morboso (*principio*). È la causa, da cui dipendono le infiammazioni gangrenose. — Favorirne l' eliminazione con una medela tonica. 51. — Si porta sulle parti previamente irritate. 52.

Moreau, il padre, e Moreau, il figlio. — Hanno praticato con successo la resezione degli ossi dell' articolazioni ginglimoidali in casi di tumor bianco di queste articolazioni. — Processi operatorii, che hanno messo in uso. II, 318.

Morsi. Possono suscitare il tetano. — Storie di malattie, che vi hanno rapporto. I, 67.

Mortificazione. Precede sempre la dissoluzione putrida. I, 44.

Moscati. Inventore d'un apparecchio per mantenere in sito le fratture del collo dell'umero. II, 19.

Moxa. Ustione lenta d'una parte. III, 12. — Materie impiegate dagli antichi, e dai moderni per la confezione del moxa. 18. — Processo operatorio. 44. Modificazioni introdotte in questo processo da Larrey. 44. — Medicatura, e caduta dell'escara. 44. — Effetti del moxa. 45. — Circostanze in cui il moxa dev'essere preferito al ferro infuocato. 45. — Parti del corpo, alle quali il moxa può essere applicato. 46. — Non si deve applicare che con circospezione sulla cute capillata. 46. — Il luogo in cui dev' essere situato il moxa per rapporto alla sede della malattia è differente secondo la natura di questa malattia. 50. — Maniera di prepararlo, e d'applicarlo secondo Pouteau. — Sua utilità nella cura dei tumori bianchi constatata dall'esperienza dell'Autore. — Deve essere applicato principalmente sul punto più doloroso. — Deve essere reiterato per spiegare tutta la sua efficacia. 53.

Muccose (*membrane*). S'infiammano facilissimamente. I, 10. — Segregano una materia puriforme, quando sono infiammate. — Finiscono coll'ulcerarsi, e separano allora del pus. 18.

Muschio. Consigliato come efficacissimo

nella cura del tetano. — Dev' essere dato ad alta dose. I, 112.

Muscoli Modo di cicatrizzazione delle loro ferite trasverse. — La cicatrice non nuoce sempre all' azione dell' organo. — Escisione delle loro cicatrici; storia di malattia ivi pertinente. I, 28. — Le loro ferite semplici non devono mai esser riunite colla sutura. 34. — Il loro tessuto non si ripara, quando hanno sofferto una perdita di sostanza. 67.

Muscoli (*rottura dei*). Questa malattia s'incontra rarissime volte, e non ha luogo, che dietro degli sforzi estremamente violenti. III, 11. — Fatti di questo genere riportati dall'Autore. ivi, e seg. — La rottura trasversale dei muscoli non si riunisce immediamente. 16. — Non è una malattia pericolosa, e solo ella nuoce per un certo tempo all'azione muscolare. 16. — La cura della rottura dei muscoli dev'essere la stessa delle ferite trasverse di quest'organi; apparecchi, e fasciature convenienti. 19.

N

Narcotici. — Raccomandati all'interno nell'infiammazioni accompagnate d'insonuio, e d'agitazione. — Funesti, quando l'infiammazione è interna, e poco violenta. I, 18.

Narici (*ristringimento, e obliterazione delle*). Questa deformità è raramente innata; essa dipende ordinariamente dall'ulcerazione della loro circonferenza, causata dalla bruciatura, dalla gangrena, dal vajuolo. Si preverrà il ristringimento, e l'obliterazione col mezzo dei corpi dilatanti introdotti nelle narici; e si combatterà questa deformità col mezzo d'incisioni o dell'applicazione di canule, e di sonde. III, 210.

Narici (*corpi estranei introdotti nelle*). S'arrestano più; o meno profondamente, e danno luogo a degli effetti diversi secondo la loro grandezza forma e natura. — Si devono estrarre con degli istrumenti idonci, o respingerli nella gola. III, 212.

Narici (*ulceri della membrana muccosa delle*). Sono di due sorte: semplici benigne non esalanti alcun odore; o putride maligne, ed emananti un odore fetidissimo. — Le ulceri benigne non penetrano ordinariamente che la superficie della membrana muccosa, e sono determinate dall'azione dei corpi irritanti, o dall'infiammazione cronica della membrana. — *Cura*: rimedi locali; lozioni, e iniezioni detersive, applicazione di sostanze aromatiche e leggermente irritanti. III, 215. — *Ulceri maligne*. — *Ved.* Ozena. — *Ulceri veneree*. — Non sono mai primitive; dipendono sempre da una lue confermata; devono essere trattate, come quest' ultima malattia. 216. — *Ulcere erpetiche*. — Segni, da cui si riconosce, che sono prodotte dal vizio erpetico. *Cura* relativa all' infezione generale, che ha prodotto la malattia. 217. *Ulceri scorbutiche*. — Sono molto più rare delle ulceri erpetiche. — Devono esser trattate con delle iniezioni stimolanti, e con un regime diretto contro la causa generale. 217. — *Ulceri cancerose*. — S' osservano poco comunemente; sono spesso il resultato d'una cura intempestiva diretta contro dell'ulceri d'un'altra natura. — Sono essenzialmente incurabili. 218.

Narici (*polipi delle*). Sorta di vegetazione contro natura della membrana pituitaria, che si chiama polipo a causa d'una certa rassomiglianza colli zoofiti di questo nome. Possono svilupparsi su tutti i punti delle fosse nasali, ed anco dei seni, e aderiscono alla membrana pituitaria ora con una base larga, ora con un peduncolo più, o meno sottile. — Il loro volume varia molto; sono di due specie, molli, vascolari, o muccosi, o sivvero duri, o sarcomatosi. — I polipi duri, e sarcomatosi differiscono tra loro in quantochè gli uni sembrano puramente carnosi, e li altri scirrosi. — Esame della loro struttura anatomica. III, 219. — Esame delle cause dei polipi nasali. 226. — *Sintomi*: differenti secondo i gradi, e la specie della malattia. — *Parallelo*, e *diagnosi* differenziale dei polipi sarcomatosi. 220.

— *Prognostico*: il prognostico dei polipi nasali è subordinato alla natura loro, al luogo, che occupano, al loro volume, all' estensione delle loro aderenze ec. 221. — *Cura*: per guarire i polipi delle fosse nasali s' è proposto, e messo in opra la lacerazione, lo strappamento, e la legatura. 221. — Essiccazione dei polipi; medicamenti adoperati a quest' effetto; modo di portarli nelle fosse nasali, e di applicarveli, questa pratica può essere utile soprattutto dopo l' avulsione d' un polipo, o la sua distruzione con qualsivoglia altro metodo, essa può prevenire, o almeno ritardare la riproduzione del tumore. 222. — La cauterizzazione è stata spesso messa in uso nella cura dei polipi nasali; l' applicazione dei caustici ha degl' inconvenienti gravi; non si deve farne uso, che per i polipi muccosi situati poco profondamente. 222. — L' escisione, o amputazione dei polipi è stata anticamente commendata da Celso, Paolo d' Egina, e dai chirurgi, che gli hanno seguiti; questa pratica non può essere ammissibile, che quando il polipo ha un peduncolo, e che è situato assai vicino all' apertura delle narici. 222. — Lo strappamento è il processo, che si mette il più spesso in uso per la guarigione dei polipi. — Conviene particolarmente per i polipi muccosi; si può servirsene anco contro i polipi scirrosi a peduncolo. — Descrizione delle tenaglie da polipo, e del processo operatorio impiegato per lo strappamento, descrizione delle tenaglie ricurve per lo strappamento dei polipi calati in gola. — Strappamento dei polipi per mezzo delle dita, imprimendo al tumore dei movimenti alternativi verso le aperture anteriore, e posteriore della fossa nasale fino a tantochè ceda. — Combattere l' infiammazione, che succede all' estirpazione di questi tumori. 223. — Spago annodato inventato da Paolo d' Egina per distruggere i resti dei polipi strappati, o tagliati; strumento inventato da Levret per lo stesso scopo; inutilità, e pericolo di questi metodi. 225. — Setone immaginato da Ledran per portare su i rimasugli dei polipi dei medicamenti acconci a distruggerli; vantaggi di questo processo. 226. — La legatura dei polipi non è applicabile, che a quelli che hanno un peduncolo, e che sono situati sul piano delle fosse nasali, o verso la base delle loro pareti. — La maniera d' impiegarla è diversa secondo che il polipo è limitato alla fossa nasale e che s'affaccia alla narice, o che avendo cominciato a formarsi nella fossa nasale s' è gettato indietro nella faringe. — La legatura è sempre difficilissima, e sovente impossibile; strumenti, e processo operatorio del Falloppio; modificazioni introdotte in questo processo da Levret e Pallucci. 226. — Legatura dei polipi con un filo di canapa o di seta, inventata ed eseguita da Glandorp. — Descrizione del suo processo. 227. — Metodi di Dionis, e d'Eistero. 227. — Metodo di Levret, descrizione del suo serranodi, portanodi, maniera di servirsene. 228. — La legatura dei polipi del naso, che pendono nella gola, non presenta meno difficoltà di quella dei polipi delle fosse nasali; canula doppia di Levret, maniera di dirigere il filo, e d' abbracciare il polipo. 229. — Processo impiegato da Roderik sopra se stesso; legatura doppia colla corona d' acini; modificazioni arrecate da Desault. 231. — Metodo di Brasdor; processo operatorio, strumenti inventati da questo chirurgo. 232. — Strumenti inventati da Desault, maniera d' impiegarli. 232.

Narici (*ingrossamento della membrana muccosa delle*). La membrana pituitaria acquista talvolta una spessezza considerabile al punto di ostruire affatto le narici. — *Cura*. Combattere le cause generali, o locali, che possono indurre questo inspessimento; dilatare artificialmente le narici. III, 234.

Naso (*frattura dell' ossa del*). Sono sempre prodotte da una violenza esercitata sul sito stesso della frattura, e accompagnate da una contusione più o meno considerabile. — Sono spesso comminutive, ed estendono i loro effetti fino agli ossi mascellari, all' etmoide, ed anco all'encefalo. — *Pronostico* ordinariamente poco grave, a meno che non coesistano complicanze. — *Cura*: riporre i frammenti respingendoli dal di dentro all' infuori: topici emollienti, la cura generale sarà regolata dietro lo stato delle parti molli,

e la lesione cerebrale, che complica la frattura. II, 37.

Naso (*ferite del*). Possono esser prodotte dalli strumenti pungenti, o dalli strumenti taglienti; quelle della prima specie non reclamano alcuna cura, quelle della seconda devono esser trattate colle striscie agglutinative, o colla sutura. III, 216.

Naso (*tumori del*). Non offrono alcuna indicazione speciale, debbono essere trattati o colla legatura, o coll'asportazione. — Casi in cui l'uno di questi presidii dev' essere anteposto all' altro. III, 217.

Naso (*ulceri del*). Il naso può essere infetto da ulceri veneree, erpetiche, o cancerose. — *Le ulceri veneree* sono il più comunemente consecutive. — Si estendono rapidamente distruggendo a poco a poco le parti circonvicine. — La cura non diversifica da quella della sifilide costituzionale. III, 218. — *Le ulceri cancerose* attaccano di rado i giovani, e s' osservano principalmente negli attempati. — Quest' ulceri resistono ai mezzi ordinari, e non si può risanarle, se non se asportandole collo strumento tagliente, o consumandole con un caustico. 219. — Le *ulceri erpetiche* hanno ordinariamente la loro base sull' orlo delle narici. — Sono di ordinario superficiali; e penetrano di rado al di là della pelle. La cura locale, e generale è quella degli erpeti. 220.

Naso (*vizi di conformazione del*). L' inclinazione viziosa del naso si corregge facilmente con una fasciatura, che tiri il naso in un senso opposto. III, 221. — L' arte nulla può contro la deviazione della cartilagine del setto nasale. 221. — S' è veduto in taluni due nasi, o almeno un' appendice considerabile, di cui si deve tentare l' ablazione. 222. — La divisione contro natura delle pareti nasali è ordinariamente l' effetto di una ferita o sivvero ella è congenita. La cura sarà la stessa del labbro leporino. 222.

Naso (*perdita del*). Metodo di Tagliacozzi, e di Tommaso Cruso per rimediare a questa deformità. VI, 61 e seg. — Una porzione di naso staccata affatto dal corpo ha potuto esser riunita di prima intenzione. I, 94.

Necrosi. Mortificazione d' un osso o di una porzione d'osso. — Può attaccare tutte le ossa del corpo, ma più particolarmente quelle, che sono abbondantemente provviste di sostanza compatta. — Nelle ossa piane può limitarsi all'una, o all'altra delle loro superfici, e raramente alla loro sostanza diploica, nelle ossa lunghe non invade che il corpo, e la superficie esterna o quella che corrisponde alla cavità midollare, talvolta tutta la spessezza dell'osso. — *Cause*: il virus venereo, e il vizio scrofoloso, la soppressione di certe emoragie abituali, le cachessie, l'azione del freddo, i caustici, le contusioni, le fratture comminutive, la denudazione dell'ossa. — *Segni diagnostici*: dolore fisso, tumore piano, non circoscritto, suppurazione, ulcerazione, mortificazione del periostio, e del tessuto cellulare, denudazione dell'osso, depressione dei margini della piaga, scoloramento, mobilità, eliminazione dell'osso necrosato. — Quando il periostio non è egli stesso mortificato, i sintomi sono molto più gravi. — *Necrosi dell'ossa larghe*. Dolore, tumore alla pelle, ascesso, fistole, eliminazione della porzione necrosata, espulsione molto più lenta nel caso in cui il periostio non è egli stesso mortificato. II, 137. e seg. — I *sintomi*, e i *fenomeni* subiscono delle modificazioni alle ossa del cranio. — Modificazioni, che s'incontrano, quando la necrosi occupa un osso cilindrico, sia che ella ne attacchi tutta la sostanza, o nel medesimo tempo attacchi l'osso, e il periostio senza la membrana midollare, ovvero l' osso e la membrana midollare senza il periostio. — Riproduzione dell'osso; meccanismo di questa riproduzione. — La necrosi può dividersi in acuta, e cronica relativamente al suo corso. — La malattia è stata divisa in tre stadi. 1.° stadio, formazione della necrosi. 2.° stadio, separazione del sequestro, e riproduzione dell'osso. 3.° stadio, eliminazione del sequestro. — Sintomi propri di ciascuno di questi stadi. — *Prognostico* variabile. La necrosi superficiale è una malattia poco grave, la necrosi profonda può compromettere i giorni del malato. — La necrosi pe-

netrante in un'articolazione è estremamente grave. 142. — *Indicazioni curative* generali; combattere la diatesi o il virus, che ha dato origine alla necrosi. — *Indicazioni curative* locali: 1.° e 2.° stadio, apertura dell'ascesso, ampliazione delle aperture fistolose: rimedi diretti contro i sintomi generali gravi che accompagnano le necrosi profonde; 3.° stadio; lasciare per quanto è possibile alla natura la cura di espellere il sequestro, riconoscere l'estensione del sequestro prima di praticarne l'operazione; processi operatorii per l'estuazione dell'osso. — Bisturino a lama forte, scalpello, trapano, sega; medicature e cura consecutiva. 146.

Necrosi. Comparisce spesso in seguito di contusioni dell'ossa nelle ferite d'arme a fuoco. — Suo corso. — Sua cura relativa alle ferite, che complica. I, 211.

Nefrite. *Ved.* Reni (*infiammazione dei*).

Nefrite calcolosa. *Ved.* Reni (*calcoli dei*).

Nefrotomia. Ved. Reni (*calcoli dei*).

Nervi. Esistono in tutte le parti del corpo. I, 128. — Non si riparano quando hanno subito una perdita di sostanza. I, 144.

Nervi. La loro costrizione, e il loro dilaniamento possono diventar la sorgente d'accidenti gravi nella legatura delle arterie. I, 178. La loro lesione complica le ferite; accidenti che determina; mezzi di rimediarvi. 179.

Nervi (*contusione dei*). Determina l'ingorgo infiammatorio delle parti. — Trae seco dolori violenti. — Produce spesso la peralisi. — Sua cura relativa alle ferite, che complica. I, 224.

Nervo sciatico. Conteneva un'arteria della grossezza della radiale in un uomo operato qualche tempo innanzi d'un aneurisma dell'arteria poplitea. I, 341.

Nei materni. Ved. Macchie di nascita.

Nictalopia. Malattia, in cui si distinguono nettamente gli oggetti nella notte, e non si può vedere nel giorno. — *Cause*; modificazione, particolare e inesplicabile della sensibilità della retina; soggiorno prolungato in un luogo oscuro, certe influenze epidemiche; eredità. — *Prognostico*. — Nulla offre di sinistro, quando la malattia non ha ancora durato lungo tempo. — *Cura*: soddisfare alle indicazioni emergenti dalle cause predisponenti; e dalle cause immediate. — Medesima cura generale e locale dell'amaurosi. III, 161.

Ninfe (*vizi di conformazione delle*). V, 144.

Nitrato d'argento. Utile per reprimere le carni fungose delle piaghe. I, 72. — Serve a distruggere le ineguaglianze delle cicatrici. 72. — È il mezzo il più efficace per irritare le superfici delle ferite suppuranti, e mantenere una suppurazione lodevole. 89.

Nodo (*chirurgico*). Non deve essere impiegato per la legatura delle arterie. I, 372.

O

Obliterazione (*delle arterie*). Può effettuarsi spontaneamente, quando il vaso diviso è di un piccolo calibro. I, 98. — Reclama i soccorsi della chirurgia, quando l'arteria è un poco considerabile. — Meccanismo di questa obliterazione. — Opinione di Petit, di Pouteau. 98 e seg.

Occipitale (*aneurisma dell' arteria*). È stato rarissime volte osservato. — Dovrà esser curato colla compressione. I, 302.

Occhio (*di lepre*). *Ved.* Lagoftalmia.

Occhio (*ferite del globo dell' occhio da strumenti pungenti*). Sono in generale poco pericolose; non inducono lo scolo degli umori dell' occhio. — *Cura*: coprire ambedue gli occhi e impedire per quanto è possibile i loro moti. — Praticare una o più cavate di sangue, se l'infiammazione si impossessa della parte. III, 280.

Occhio (*ferite del globo dell' occhio da strumenti taglienti*). Sono più gravi delle punture e producono spesso il vuotamento degli umori dall' occhio. — La loro gravità, è molto minore, quando non interessano che una porzione della cornea, o della sclerotica. — *Cura*: tenere ambedue gli occhi chiusi, prevenire i loro movimenti: antivenire e combattere l'infiammazione. III, 281.

Occhio (*contusione dell'*). Quando è leggera non ne resulta che un infiltra-

mento di sangue nel tessuto cellulare che unisce la congiuntiva al globo dell' occhio. — I topici risolventi bastano per stabilirne la guarigione. — Se la contusiune è stata violenta, può estendersi a tutte le membrane dell' occhio e lacerarle in modo da produrre la confusione degli umori e la miscela di una maggiore, o minor quantità di sangue a questi umori. — *Cura*: salassi generali e locali profusissimi, applicazione di topici risolutivi. III, 281.

Occhio (*corpi estranei nell'*). I corpi estranei che si introducono fra le palpebre, e il globo dell' occhio presentano molte varietà rapporto al loro volume, alla loro forma e natura. — Essi irritano l' occhio, l' infiammano, se non sono condotti via dalle lacrime. — *Cura*: le lozioni ripetute, l' ablazione dei corpi stranieri bastano ordinariamente per fare cessare tutti li sconcerti. — *I corpi stranieri confitti nell' occhio*, cagionano una vivissima irritazione e sovente una suppurazione della parte; si dovrà sempre estrarli il più presto possibile. — Quelli che si impiantano tra la volta dell' orbita e la parte superiore dell' occhio, producono spesso delle lesioni del cervello ordinariamente mortali. III, 283.

Occhio (*infiammazione della membrana mucosa dell'*). Ottalmia. — *Cause*: L' azione di un vento freddo, o carico di polvere e di arena, l' esposizione a una luce troppo viva, l' applicazione di sostanze freddissime o caldissime sull' occhio, le contusioni, le ferite, le malattie delle palpebre. — *Cause interne*: soppressione di un flusso abituale, ripercussione di un esantema, diatesi scrofolosa, scorbutica o erpetica, mal venereo, influenze epidemiche. — È acuta, o cronica. — *Segni diagnostici* dell' ottalmia acuta, rossore, tumefazione della congiuntiva; dolore, prurito, lacrimazione, cefalalgia, febbre, impossibilità di tollerare la luce. — *Pronostico*: La durata della malattia è ordinariamente di dodici e quattordici giorni, quando ella è intensa, ma lascia qualche volta o delle macchie o delle suppurazioni della cornea. — *Cura*: Nell' ottalmia acuta benigna: lozioni ammollienti cataplasmi di mele cotte. — Nell' ottalmia acuta violenta; salassi generali e locali, dieta, purganti, emetici, recisione della membrana muccosa rigonfia, vessicante alla nuca, fomente ammollienti, astringenti, risolutivi. III, 287.

Ottalmia puriforme dei bambini. Si manifesta nei neonati o nei bambini tuttora lattanti; le tien dietro una gonfiezza enorme alla congiuntiva, e uno scolo abbondantissimo di muccosità puriformi, la febbre, la diarrea, le convulsioni. — *Cura*: salassi locali, topici ammollienti. — Quando la malattia è più avanzata, si fa uso dei topici astringenti. III, 291.

Ottalmia blenorroica. Proviene dalla soppressione di una blenorragia, o dal contatto del virus gonorroico colla membrana muccosa dell' occhio. — Ora v' è soppressione, ora diminuzione soltanto del flusso uretrale. — Occupa quasi sempre ambo gli occhi. — *Segni diagnostici*: dolori leggeri che si aumentano rapidamente, calore, dolori eccessivi, tumefazione enorme della congiuntiva, chemosi, flusso abbondantissimo di un liquido puriforme, infiammazione, ulcerazione della cornea trasparente. *Pronostico*: è sempre tristo. — *Cura*: moderare l' intensità dell'infiammazione, ristabilire lo scolo uretrale: topici calmanti, preparazioni mercuriali. III, 292.

Ottalmia cronica. Succede spesso all' ottalmia acuta. — Può essere messa in campo da tutte le cause di irritazione che agiscono con poca energia e per lungo tratto di tempo. — *Sintomi*: dolore poco risentito, rossore che occupa ordinariamente il solo nepitello delle palpebre. — *Prognostico*: se la malattia prosegue lungo tempo, non tarda a dar luogo al pterigio alle macchie della cornea, alla nuvoletta. — *Cura*: rimuover le cause che hanno potuto risvegliare o mantenere la malattia, colliri e unguenti astringenti: vessicante dietro la nuca. — *Cura* relativa alle complicazioni, se l'ottalmia è scorbutica, venerea o erpetica. III, 293.

Occhio (*escrescenze fungose dell'*). Occupano ora la cornea, ora la sclerotica e il più sovente l'una e l'altra. — Esse sono più o meno voluminose, di color grigio o rossastro, e aderiscono all'occhio ora con un peduncolo, ora con una

larga base. — *Cura*: l'incisione è il mezzo il più pronto di guarire questi tumori, se esse fossero attaccate all'occhio con un peduncolo sottile, si impiegherebbe la legatura. III, 298.

Occhio (*ascesso o empiema dell'*). Ascesso occupante la totalità del globo dell'occhio. — *Cause*: infiammazione spontanea dell'occhio, contusione violenta. — *Segni diagnostici*: dolore intollerabile, tumefazione considerabile; intorbidamento degli umori dell'occhio. — Febbre violenta, sintomi cerebrali. — *Cura*: salassi ripetuti, emollienti, punzione del globo dell'occhio. III, 301.

Occhio (*infiammazione del globo dell'*). Ha ricevuto ancora il nome d'ottalmia interna. — *Cause*: violenta contusione, ferite, esantema cutaneo. — *Segni diagnostici*; dolore violento nel fondo dell'orbita, con calore e pulsazioni; sensibilità eccessiva dell'occhio, febbre, delirio, confusione degli umori dell'occhio, suppurazione. — *Prognostico*: la perdita della vista è quasi inevitabile, la morte del malato accade spesso. — *Cura*: salassi generali e locali, revulsivi: apertura dell'occhio. III, 318.

Occhio (*idropisia dell'*). *Ved.* Idrottalmia.

Occhio (*atrofia dell'*). Consiste nella diminuzione o nell'assenza totale degli umori dell'occhio. — *Cause*: ferite dell'occhio, violenta ottalmia. — *Prognostico*: sempre cattivo in quantochè l'occhio è necessariamente perduto. — *Cura*: nessuna. III, 324 e seg.

Occhio (*cancro dell'*). S'osserva assai di rado. — Attacca più particolarmente i bambini. — *Cause*: ferite, contusioni, infiammazione dell'occhio. — *Segni diagnostici*: dolori vivi e lancinanti, ineguaglianza del globo dell'occhio, oscuramento, perdita della vista: ulcerazione, fungosità dell'occhio. — *Prognostico* sempre tristissimo. — *Cura*: estirpazione del globo dell'occhio; processi operatorii di Bartesch, Fabbrizio Ildano, di Louis, di Desault; strumenti necessari per questa operazione; manuale operatorio adottato al giorno di oggi, medicature e cura susseguenti. III, 325.

Occhio (*caduta o procidenza del globo dell'*). Non differisce dall'esottalmia se non in quanto che veruno ostacolo meccanico impedisce la reposizione dell'occhio nella cavità dell'orbita. — *Cause*: rilasciamento dei mezzi unitivi che fissano indietro il globo dell'occhio, la contusione violenta di quest'organo. *Cura*: riporre l'occhio nell'orbita, mantenere l'organo nella sua posizione con mezzo di fasciature convenienti: impedire o prevenire l'infiammazione che potrebbe nascere. III, 337.

Occhio (*movimenti convulsivi del globo dell'*). Questa infermità è quasi sempre congenita, e s'osserva nelle persone vivaci e irritabilissime e nei ciechi nati. — Questi moti sono talvolta estremamente rapidi e nuocciono al libero esercizio della vista. — *Cura*: quella delle malattie nervose convulsive. III, 341.

Occhio (*artificiale*). L'uso degli occhi artificiali era cognito agli antichi. — Ai nostri giorni si fabbricano di smalto. — Il globo dell'occhio dev'essere diminuito almeno d'un terzo perchè vi si possa adattare un occhio di smalto. — Maniera d'applicarlo. — Mobilità degli occhi artificiali. III, 352.

Odore. Speciale e patognomico della gangrena. I, 49.

Olecrano (*fratture dell'*). Sono quasi sempre trasverse, talvolta comminutive o complicate di ferita. — Sono il più sovente prodotte da una causa immediata e raramente dalla contrazione del muscolo tricipite brachiale. — Sono sempre accompagnate da spostamento. — *Diagnosi*: dolore, gonfiamento, semiflessione dell'antibraccio, estensione completa impossibile, depressione fra i due frammenti. — *Prognostico*: questa frattura non è grave se non quando è accompagnata da ferita dell'articolazione. — *Cura*: ridurre la frattura, situare il membro nell'estensione, ravvicinare i frammenti col mezzo delle compresse graduate; la guarigione non è mai completa, resta sempre fra i due frammenti un intervallo ricolmo da un tessuto cellulare fibroso. — *Cura* delle complicanze. — Ferite dell'articolazioni. — Falsa anchilosi. II, 104.

Olio d'uliva (*embroccazione d'*). Vantate da Pouteau nella cura delle ferite da morsi d'animali velenosi. I. 161.

Ombelicale (*sezione e legatura del cordone*). Luogo in cui la sezione del cor-

done deve esser fatta dopo la nascita, e in cui se ne deve fare la legatura. IV, 198. — Non si deve mai negligentare la legatura del cordone ombelicale. 198. — Questa legatura non s'ha mai da fare prima della sezione del tralcio e del suo sgorgo. 198. — La porzione del funicolo che aderisce alla placenta non deve essere legata. 198. — Essicazione del funicolo. 198 e seg. — Rotture e emorragie dell'arteria ombelicale; mezzi di rimediarvi. 198.

Ombelico (*tumore adiposo dell'*) *Ved.* Sarcomfalo.

Ombelico (*dilatazione delle vene dell'*). *Ved.* Varicomfalo.

Ombelico (*idrope saccato dell'*). *Ved.* Idromfalo.

Ombelico (*tumore gazoso dell'*). *Ved.* Pneumatomfalo.

Ombelico (*tumore fungoso dell'*). È formato dal tessuto cellulare dell'ombelico o dall'estremità superiore dell'uraco che dà passaggio all'orina. — Si accompagna sempre all'occlusione dell'uretra. — Lesioni anatomiche trovate su un cadavere da Littre. IV, 296. — Osservazione di risanamento di Cabrol. 296. — Indicazioni curative e cura. 297.

Ombelico (*ulcere dell'*). Possono dipendere solamente dallo stato morboso degl'integumenti o dipendere da qualche malattia dei visceri addominali. — *Cura*: in queste due circostanze. IV, 297.

Omoplata (*fratture dell'*). Sono assai rare e non possono essere prodotte che da cause dirette. — Sono o longitudinali o orizzontali, o comminutive. — Nei casi di frattura verticale lo spostamento è poco considerabile; all'incontro lo è molto nei casi di frattura trasversa. — Spostamento considerabile nel caso di frattura dell'acromion e dell'angolo inferiore dell'osso. — Si riconosce difficilmente la frattura verticale della scapula e quella dell'apofise coracoide, la prima a causa del poco spostamento dei frammenti, la seconda a causa dell'ingorgo delle parti. — *Prognostico:* poco grave in generale se non se nel caso di frattura del collo o dell'apofise coracoide. — *Cura:* dev'essere modificata secondo la sede della malattia e la maniera in cui sono fuor di sito i frammenti: fissare il braccio contro il tronco, e mantenere i frammenti a contatto per mezzo della situazione e delle fasciature. II, 59.

Operazioni (*in generale*). Azione metodica della mano chirurgica sola o armata di un istrumento sul corpo umano per guarire, palliare, prevenire una malattia o fare sparire una deformità. — Consistono nel far riunire le parti divise, e nel ridurre quelle che sono fuor di sito: *sintesi* o riunione. — Nel dividere le parti riunite contro l'ordine naturale o la di cui riunione osta al risanamento da un morbo, *dieresi* o divisione. — Nell'estrarre i corpi estranei o le sostanze nocive; *eseresi* o estrazione. — Nell'aggiungere al corpo dei mezzi meccanici per supplire alle parti che mancano o che sono mal conformate, *protesi* o addizione. — Prima d'intraprendere un'operazione il chirurgo deve sapere, 1.° in che consiste, 2.° perchè la pratica, 3.° se è necessaria e possibile, 4.° qual è la miglior guisa di praticarla. — *Tempo d'elezione* è quello che sta nella scelta del chirurgo, tempo di necessità quello, che esige un'operazione immediata. — Operazioni che devono esser fatte nel tempo di necessità o di elezione. — Luogo di elezione e di necessità. — Preparazioni dei malati relative al fisico e al morale. — Prima di eseguire un'operazione, bisogna occuparsi dell'apparecchio, del locale, ove si ha da praticare, di quello in cui il malato deve rimanere dopo l'operazione, della luce, degli aiuti, della situazione degli aiuti, di quella dell'operatore, e soprattutto di quella del malato nel tempo dell'operazione. — Cosa intendesi per apparecchio e per istrumenti (*Ved.* questi nomi). — Precetti relativi alla pratica di tutte le operazioni, *cito, tute, iucunde.* — La medicatura deve esser fatta del pari prontamente, leggermente e con sicurezza. — Non si devono zaffare le ferite quando si può arrestare l'emorragia con tutt'altro mezzo. — La fasciatura dell'apparecchio deve esser sempre mediocremente stretta. — Allontanare dal paziente tutte le circostanze fisiche e morali che potrebbero contrariare il successo dell'operazione. I, 28.

Opistotono. Nome dato al tetano, quando la contrazione occupa i muscoli della parte posteriore del corpo. I, 174.

Oppio. Messo nel novero dei rimedi topici anodini. I, 31. — Consigliato dai medici inglesi nelle emorragie; poco efficace in questo caso. I, 177. — Utilissimo per calmare il dolore che complica le ferite. 178. — Amministrato con vantaggio all'interno e all'esterno per calmare i dolori atroci che si affacciano talvolta nella gangrena secca, contribuisce qualche fiata ad arrestare i progressi del male. 183. — Estremamente efficace nella gangrena di Pott; storia di malattia che vi si riferisce. 184. — Vantaggioso nella cura delle bruciature al terzo grado. 188. — Consigliato per guarire il tetano, maniera di amministrarlo; insistere lungo tempo sul suo uso, aumentarne rapidamente le dosi, associarlo agli altri medicamenti antispasmodici. 190. — Unito al carbonato di potassa ha una grande efficacia per la cura del tetano. 197.

Orecchio (*malattie del padiglione dell'*). Il trago, l'antitrago e l'antelice sono qualche volta talmente convergenti verso il condotto auditivo che la di lui apertura se ne trova angustiata. — Si rimedia a questo ristringimento col mezzo di un corno acustico. — Le ferite del padiglione saranno riunite di prima intenzione per mezzo di strisce agglutinative e di fasce unitive. — La frattura non puo mai accadere. — La gangrena si osserva talvolta in seguito di una prolungata compressione, e non offre alcuna indicazione particolare. — La sua infiammazione determina talvolta degli ascessi che non offrono alcun pericolo. — Vi si sviluppano alcune volte dei tumori cistici e degli ammassi di umor sebaceo; se ne fa l'estirpazione, se danno incomodo, o se producono una deformità fastidiosa. — Le croste lattee che si rinvengono nei bambini dietro il padiglione dell'orecchio non richiedono che delle diligenze di proprietà, e non devono mai essere trattate con i ripercussivi. III, 208.

Orecchioni. Ingorgo inflammatorio che si manifesta nella regione della parotide e che regna ordinariamente alla foggia epidemica. Non occupano il più di frequente che la pelle e il tessuto cellulare. — I bambini e i giovani sono quasi i soli esposti a questo morbo. — *Sintomi* precursori e concomitanti corso e terminazione della flemmasia. — Metastasi su i testicoli, nell'uomo, sulle mammelle o sulle parti esterne della generazione nella donna. — *Segni*, dai quali si può giudicare che la malattia va a portarsi su un altro organo. — *Cura* antiflogistica locale e generale. — Applicazione dei topici irritanti sulle parotidi in caso di metastasi. III, 295.

Organizzazione (*delle cicatrici*). È dimostrata da un' esperienza. I, 141.

Orina (*ritenzione di*). *Ved.* Ritenzione d'orina.

Orina (*soppressione d'*). Malattia in cui i reni cessano di secerner l'orina. — Non deve esser confusa colla ritenzione d'orina. IV, 348. — Esame delle cause che suscitano quest'infermità o che l'aggravano. 348. — La secrezione dell'orina è costantemente menomata nell' ascite e in parecchie altre idropisie. 349. — La soppressione dell'orina ha luogo talvolta negl'ipocondriaci, nelle donne vaporose isteriche. — Le cause della malattia sono allora puramente nervose. 349. — Questa malattia può trarre seco degli accidenti gravi ed anco spesso la morte del soggetto. — La cura sempre correlativa alle cause della malattia. 350.

Orinarie (*fistole*). *Ved.* Fistole orinarie.

Orinari (*calcoli*). *Ved.* Calcoli.

Orinosi (*depositi*). Tumori orinari che si formano al perineo, o in altre regioni vicine ai condotti orinarii e che sono prodotti dall'effusione dell'orina. 466. — Queste sorte di depositi implicano sempre una soluzione di continuità o crepatura nell' uretra. 466. — I depositi orinosi del perineo sono di tre sorte: raccolta d' orina in un sacco particolare formato dalla tunica esterna o cellulosa dell'uretra, infiltrazione di orina, ascessi orinosi. 466. — Descrizione anatomica di queste tre specie di spandimenti. 466. — *Sintomi, pronostico e cura* dei depositi orinosi del primo genere. 467. — Il corso e i fenomeni dei depositi orinosi per infiltramento sono relativi all'ampiezza della crepatura dell' uretra, alla resistenza che prova l' orina nel suo pas-

saggio dal canale, e alla forza con cui questo liquido è espulso dalla vessica. 467. — La *diagnosi* di questi depositi per infiltramento presenta qualche volta molte difficoltà. — Si arguisce principalmente dalla ritenzione d'orina che ha preceduto il rapido sviluppo del tumore e dalla diminuzione degli sconcerti dipendenti dalla situazione. 468. — Fa d'uopo praticare il più presto possibile un taglio al perineo, per dare esito all' orina stravasata. — Medicatura susseguente. 469.

Orzaiuolo. Tumoretto inflammatorio della natura furuncolare che nasce in diversi punti dei margini delle palpebre, ma ordinariamente verso il gran canto dell'occhio, e che investe più frequentemente la palpebra superiore dell'inferiore. — *Cura:* topici ripercussivi sul principio dell' infiammazione, cerotto diachilon con gomme, cataplasmi emollienti, polpa di mele cotte; cauterizzazione della barbica in qualche caso. III, 78.

Orzo mielato. Consigliato per irritare leggermente la superficie delle ferite. I, 148.

Ossa. Aprire prontamente gli ascessi situati nelle loro vicinanze. I, 93. — Sono distrutte dai tumori aneurismatici situati in loro prossimità. I, 220. — Sono soggette a quasi tutte le malattie che attaccano le parti molli. — Hanno la stessa struttura e le stesse proprietà vitali delle parti molli. — Non differiscono dalle parti molli che in quanto alle proporzioni degli elementi costituenti e alla energia delle proprietà vitali. — Devono la loro gran solidità alla quantità del fosfato calcareo, che contengono. — Sono più cedevoli e più flessibili nell' infanzia, più dure e più fragili nei vecchi. — Le loro malattie hanno un carattere di lentezza molto notevole, si dividono in quelle che attaccano la loro continuità e quelle che attaccano la loro contiguità. II, 1.

Ossa (*malattie dell'*). Interessanti la loro continuità, fratture, ferite, necrosi, esostosi, carie, spinaventosa, osteosarcoma, rachitide, fragilità. — Interessanti la loro contiguità; distrazione, diastasi, lussazioue, idartro, corpi estranei che si sviluppano nelle articolazioni, tumori bianchi, anchilosi. II, 3.

Ossa. (*contusione delle*). È spesso succeduta dalla necrosi dell'osso, dall'infiammazione della membrana midollare, da ascesso nella cavità dell'osso. — Regole da seguire relativamente alla cura delle ferite che sono accompagnate da contusione dell'ossa. I, 292.

Ossa (*denudazione delle*). Si effettua o in sequela dell' infiammazione e della suppurazione del periostio o per l'azione violenta e instantanea d'un corpo esteriore su i tegumenti che ricuoprono un osso. — Alla suppurazione del periostio conseguita ordinariamente la mortificazione delle lamine superficiali dell'osso. — La denudazione dell'osso da violenza esterna espone al medesimo accidente, se l'osso è restato lunga pezza a contatto coll' aria o con dei corpi irritanti. — Si devono riunire immediatamente le ferite con denudazione dell' ossa. — Infiammazione dell' osso, adesione dell' osso attribuita da certi autori a un' esfoliazione insensibile. — Esfoliazione della parte denudata: fenomeni che presenta, modo di eliminazione della lamina ossea necrosata. — *Cura* atta a secondare questa eliminazione; topici irritanti biasimati dall' autore, topici ammollienti commendati; inutilità delle terebrazioni dell' osso. 121.

Ossa (*ferite dell'*). Denominazione riservata alle soluzioni di continuità dell'ossa fatte da strumenti di taglio. — Sono sempre accompagnate da ferita alle parti molli. — S' estendono più o meno sull'osso vulnerato, e possono talvolta separarlo onninamente o fratturarlo. — *Diagnosi* facilissima, quando l'osso è stato intieramente separato, o quando la ferita dei tegumenti è parallela a quella dell' osso. — Queste ferite possono riunirsi di prima intenzione; ma la loro riunione si fa aspettare molto più lungo tempo di quella delle fratture. — Questa riunione può aver luogo anco quando l'osso è completamente diviso; in questo caso rimane spesso un'articolazione contro natura. — *Prognosi* poco grave in generale se non quando la ferita è stata inflitta al livello o nel perimetro d'un'articolazione. — *Cura*: la

riunione immediata dev' essere messa in opra in quasi tutti i casi, se una lama dell'osso è stata sollevata contemporaneamente alle carni, la riunione sarà tentata dopo l'ablazione di questo frammento; ablazione delle schegge, fasciatura leggermente compressiva; apparecchio delle fratture complicate nel caso di divisione completa dell'osso. II, 144.

OSSA (*fragilità delle*). Non costituisce una vera malattia, non è stata fin qui assai bene osservata per potere essere ben descritta. II, 221.

OSSA (*rammollimento delle*). *Ved.* Rachitide.

OSSICRATO. Considerato come ripercussivo. I, 27.

OSTEOSARCOMA. Trasformazione dell'osso in una sostanza analoga al cancro delle parti molli. — Può investire tutte le ossa, ma s'osserva più specialmente negli ossi della faccia, e della base del cranio, in quelli delle estremità e in quelli dell'anche. — Il tumore può cominciare dalle parti molli e propagarsi all'osso, o principiare dall'osso. — *Cause*: il virus canceroso. — *Segni diagnostici*: dolori vivi, acuti, profondi accompagnati da trafitte, spesso senza tumefazione, ben presto comparisce, la tumefazione è ineguale, bernoccoluta, incompressibile, s' accresce rapidamente accompagnandosi con dei dolori lancinanti. — Ulcerazione, che presenta tutti i caratteri del cancro; febbre etica, colliquativa. — Il corso della malattia è raramente lento, il più spesso esso uccide il malato in qualche mese. — *Caratteri anatomici*, degenerazione dell'osso in una massa omogenea, lardacea, più o meno rammollita, con alterazione analoga dei tessuti adiacenti. — *Pronostico* sempre estremamente tristo. — *Cura*: l'arte non possede altro mezzo di guarire questo malore che l'amputazione del membro. II, 204.

OSTRUZIONE (*dei vasi*). Non può essere considerata come causa dell'infiammazione. I, 8.

OTTALMIA *Ved.* Occhio (*infiammazione della membrana muccosa dell'*).

OVAIO (*Ernia dell'*). *Ved.* Ernia.

OZENA. Ulcera fetida delle narici che non fornisce alcuna materia, e che può durare tutta la vita senza fare dei progressi sensibili. — La sua sede e le alterazioni patologiche, che ne sono la conseguenza non sono punto ancora ben conosciute. — Le persone che hanno il naso schiacciato vi sono più soggette dell' altre. — L'odore fetido è il solo segno dell'ozena. — L'ozena incipiente è talvolta suscettivo di guarigione, quello inveterato può esser riguardato incurabile. — *Cura*: revulsivi preparazioni mercuriali, antiscorbutici, purganti, acque minerali ec. III, 218.

P

PALATO (*fenditura congenita del velo del*). Questo vizio di conformazione nuoce alla deglutizione, ed altera soprattutto il tuono della voce. — Applicazione d'un otturatore per rimediare alla divisione simultanea del palato e del velo pendulo palatino. — Processo di Roux per la sutura del velo palatino. — III, 331.

PALATO (*ferite del velo del*). Sono rarissime e non richiedono delle cure particolari se non quando si complicano d'emoragia. — Cauterizzazione del vaso che versa il sangue. III, 331.

PALATO (*infiammazione del velo del*). S'osserva soprattutto nell'angine. — Termina talvolta per suppurazione. — Apertura degli ascessi che vi si formano. III, 332.

PALATO (*tumori della membrana muccosa del*). Questi tumori sono di due specie. — Gli uni sono cancerosi, gli altri non hanno questo carattere. — Si hanno da asportare col ferro tagliente. — Si deve cauterizzare le basi di quelli che sono di natura cancerosa. III, 333.

PALLA. È restata undici mesi nel braccio senza produrre sconcerti. I, 127.

PALLA Strumento contundente lanciato dalla polvere da schioppo. — Si ferma nelle carni, o le traversa. — Cambia di forma e di direzione secondo le parti che incontra. — Frange le ossa in differenti maniere. — S'incastra talvolta nell'estremità di un osso

lungo, o fra due ossi. I, 129. — Carratteri delle ferite fatte dalle palle. I, 262. — Può escire spontaneamente dalla ferita. 137. — Se ne deve fare l' estrazione fino dal primo momento della ferita. 138. — Estrazione delle palle non inchiodate e inchiodate. 138. — Modo di agire delle palle sulle nostre parti. 126.

Palle di marte. Impiegate come risolventi nella cura delle contusioni. I, 128.

Palpebrale (*flusso*). È la causa ordinaria del tumore e della fistola lacrimale. — Ha la sua sede nelle glandule Meibomiane, e nelle parti della congiuntiva che le approssimano. *Segni diagnostici*; tumefazione del margine libero della palpebra e delle glandule del Meibomio; scolo di un liquido puriforme; accumulamento di questo liquido nel sacco lacrimale. — *Cura*; lozioni delle palpebre, iniezioni dei condotti lacrimali. — Applicazione della pomata di Janin. III, 112.

Palpebre (*ferite delle*). Possono esser prodotte da strumenti di punta, di taglio, o contundenti. Le punture non sono pericolose, se non quando lo strumento ha leso nell' istesso tempo l'occhio e il cervello. — Le ferite da istrumenti taglienti non eccitano ordinariamente alcun pericolo; si riuniscono per mezzo di liste agglutinative, o della sutura. — Le contusioni delle palpebre quando l'occhio non partecipa all' infiammazione, non presentano alcuna indicazione speciale. — Le ferite contuse sono più gravi in quantochè se vi è perdita di sostanza, e non si possa riunire immediatamente evvi in seguito rovesciamento delle palpebre. III, 123.

Palpebre (*infiammazione delle*). Si sviluppa talvolta spontaneamente, ma è di ordinario prodotta dall' erisipela della faccia, dall'infiammazione del sacco lacrimale, o dalla lesione delle palpebre per causa esterna. — I topici ammollienti bastano il più spesso per dissipare la flemmasia. III, 108.

Palpebre (*bruciature delle*). Devono esser trattate come quelle delle altre parti del corpo. — Causano il più sovente il rovesciamento delle palpebre, e la loro adesione. Mezzi di opporsi all' aderenze delle palpebre. III, 109.

Palpebre (*edema delle*). Malattia assai comune. — Riconosce per cause la compressione delle gote, o una leucoflemmasia generale. — Si dissipa agevolmente togliendo la causa locale che la determina, o facendo scomparire la causa generale dell' anasarca. III, 109.

Palpebre (*tumori cistici delle*). Si osservano assai frequentemente. — Variano molto in grandezza. — Si deve tentarne sulle prime la risoluzione per mezzo di idonei medicamenti; e se non si può pervenirvi, se ne fa l' ablazione; maniera di praticare quest' operazione, e di fare le medicature susseguenti. III, 110.

Palpebre (*porri delle*). Devono essere trattati coll' escissione piuttostochè colla legatura. III, 110.

Palpebre (*scirri delle*). Si riconoscono alla loro durezza, all'ineguaglianza della loro superficie, alla lividezza della pelle che li cuopre, e alla lentezza del loro sviluppo. — Si terminano raramente per risoluzione e degenerano spesso in cancri. — Devono esser trattati, o con i caustici, o coll' escissione. — L' escissione si ha sempre da preferire a causa della prossimità del globo dell' occhio. III, 110.

Palpebre (*spasmo delle*). Moti convulsivi rapidi e passeggieri delle palpebre accompagnati da un disturbo maggiore, o minore della vista. Attacca qualche volta i due occhi. — Le *cause* ne sono affatto sconosciute. — *Cura*: preparazioni antispamodiche e oppiate, sezione dei nervi frontale e infraorbitale. III, 110.

Palpebra superiore (*rilasciamento, o abbassamento della*). In questa malattia la palpebra superiore costantemente abbassata ricopre e nasconde il globo dell' occhio. — Può essere congenita. — *Cause*: atonia, ingorgo, allungamento della pelle, paralisi del muscolo elevatore. *Cura*: topici risolventi, ablazione di una porzione di tegumenti. — Nel caso di paralisi, si propineranno all' interno e all' esterno gli irritanti del sistema nervoso. — Questa malattia non deve esser confusa colla contrazione spasmodica del muscolo orbicolare delle palpebre. — *diagnosi differenziale*. III, 111.

Palpebre (*rovesciamento delle*). *Ved.* Etropio.

Palpebre (*ulceri delle*). Hanno riccvu-

to il nome di rogna, o tigna delle palpebre. — *Cause*: contratto di sostanze acri, confricazione, fregazioni impure; vizi, erpetico, venereo, psorico, scrofoloso, vajuoloso. — L'ulcerazione comincia dal bordo delle palpebre, e di là si estende alla membrana muccosa, e al tessuto cellulare sottostanti. — *Cura*: deve variare secondo che la malattia è antica, o recente, o secondo la causa che l'ha prodotta. — All'invasione colliri emmollienti e anodini; più tardi colliri detersivi ed essiccanti. — *Cura* diretta contro i vizi interni che fomentano la malattia. III, 114.

Palpebre (*grandine delle*). Tumore rotondo, mobile, duro, semitrasparente assai simile a un chicco di grandine che si forma nella spessezza delle palbebre sotto la pelle e sotto la congiuntiva. — *Cura:* estirpazione del tumore. III, 115.

Palpebre (*calcoli delle*). Piccoli ammassi di materia cretacea che si formano nella spessezza della palpebra. — Devono essere estirpati. III, 115.

Palpebre (*unione contro natura delle*). Questa malattia è quasi sempre parziale, e ha luogo verso l'angolo esterno dell'occhio. — È raramente congenita, e sopraggiunge ordinariamente nel corso del vajuolo, o di una viva infiammazione delle palpebre in seguito di una bruciatura, o di una ferita. — *Cura*. — Separare le due palpebre collo strumento tagliente, e prevenire la formazione di una nuova aderenza. — Modo di praticare questa operazione. — L'aderenza delle palpebre al globo dell'occhio riconosce presso a poco le stesse cause, e reclama una cura analoga. III, 117.

Pane (*midolla di*). Bollita col latte fa eccellenti cataplasmi ammollienti. — Inacidisce prontamente. — Diviene ripercussiva. — Ha bisogno di esser mutata spesso. I, 25.

Panereccio. Infiammazione flemmonosa delle dita. II, 412. — La maggior parte dei Chirurghi ne hanno distinte quattro specie; la prima chiamata mal del pino non è che una affezione erisipelatosa della pelle che cinge la radice dell'unghia; le altre tre non sono che gradi differenti della stessa malattia. 412 e seg. — Sintomi e cura del panereccio. 412. — Il panereccio si sviluppa sempre nella region palmare delle dita. 413. — Si manifesta talvolta senza che se ne possano assegnar delle cause. 414. — Sintomi precursori, sintomi locali e generali del panereccio. 414. — Può terminarsi per risoluzione, per suppurazione, o per gangrena. 414. — La suppurazione è la conseguenza quasi inevitabile del panereccio; si deve dare prontissimo esito al pus. 414. — La cura può esser distinta in preservativa e radicale; cosa bisogna fare per impedire lo sviluppo del panereccio. 415 e seg. — Metodi diversi proposti per fare abortire l'infiammazione al suo nascere. 415. — *Cura* generale e locale quando l'infiammazione è violenta. 416. — Maniera di praticare l'incisione e lo sbrigliamento nel panereccio. — Medicature consecutive all'operazione. 416. — Qualche volta la guaina dei tendini, e i tendini stessi s'esfoliano, e l'infiammazione si propaga alla mano, ed anco fino al braccio. 417. — Il panereccio s'estende talvolta fino agli ossi di cui son composte le dita; questi ossi possono essere attaccati, primitivamente, o secondariamente. 418. — Nel caso in cui le ossa sono attaccate primitivamente quest'affezione è il principio del panereccio. 418. — Casi in cui fa di mestieri ricorrere all'amputazione della falange. 418 e seg.

Pantofola (*di Petit*). Apparecchio per la rottura del tendine di Achille. I, 138.

Paracentesi. *Ved*. Idropisia del basso ventre.

Parafimosi. Ha luogo quando il prepuzio portato al di là del glande, non può più ritornare su questa parte della verga che stringe, e che strozza come farebbe una legatura. V, 117.

Le persone che hanno l'apertura del prepuzio naturalmente angusta sono le sole soggette al parafimosi. 117. — Meccanismo della formazione di questo strozzamento. 118. — La cura consiste nel ricondurre il prepuzio in avanti di modo che il glande possa esserne ricoperto. 118. — Quando la malattia è recente, la riduzione può farsi senza altro soccorso che quello delle dita. 118. — Lo sbrigliamento è necessario,

quando le dita sono insufficienti. — Processo operatorio per praticare questo sbrigliamento. 118. — Condotta del Chirurgo, quando il parafimosi è accompagnato da una grandissima gonfiezza iflammatoria; quando l'infiammazione è poco considerevole. 118. — Accidenti che possono nascere quando si neglige di fare la riduzione. 119. — Parafimosi naturale, operazione che esige qualche volta questo vizio di conformazione. 119. — Carattreri, *cura* della divisione congenita del prepuzio. 120. — Operazione necessaria per sottrarre all'incomodo resultante dalla lunghezza eccessiva del frenulo della verga. 121.

Paralisi. È spesso la conseguenza della contusione dei nervi. — *Considerata come complicazione delle ferite.* — Suoi caratteri. — È sempre dovuta alla sezione completa di qualche nervo. — Non deve esser confusa con quella che risulta dalla sezione d'un muscolo, o d'un tendine. È affatto irrimediabile. I, 171.

Parotide (*ferite della glandula*). Queste ferite si tirano seco il più sovente lo scolo della saliva, e la fistola salivare. — È rarissimo che se ne possa ottenere la riunione di prima intenzione. III, 264. — (*Ved.* canal di Stenone).

Parotidi. Gonfiamento della regione parotidea che sopraggiunge nel corso, o sul declinare delle febbri di cattivo carattere. — Sono sintomatiche, o critiche. — Nell'una e l'altra specie i sintomi locali sono presso a poco li stessi di quelli degli orecchioni. — Il *prognostico* delle parotidi critiche è tanto favorevole quanto quello delle parotidi sintomatiche è tristo. III, 269. — *Cura*: nelle parotidi critiche si deve avere per scopo di favorire la suppurazione della parte infiammata, o la caduta dell'escara, quando la parotide s'è terminata per gangrena. — Nelle parotidi sintomatiche bisogna cercare per quanto è possibile di diminuire l'infiammazione. — L'ingorgo delle parotidi può anche tener dietro alla soppressione di certi flussi, alla ripercussione di certi esantemi, alla carie dei denti; la cura sarà allora relativa alla causa che avrà indotto la malattia. 269.

Parotide (*scirro della*). S'osserva assai di frequente in sequela d'infiammazioni croniche, o della ripercussione di certi esantemi. — La *diagnosi* è difficile, e i diversi tumori sviluppati nella regione parotidea possono imporre per scirro della glandula. — *Segni* ai quali si distingue la malattia. III, 270. — L'ingorgo scirroso della parotide non è ordinariamente conseguitato da accidenti gravissimi. 271. — *Cura*: s'è impiegato nella cura dello scirro della parotide tutti i mezzi vantati contro le affezioni cancerose dell'altre parti. — Medicamenti risolutivi, fondenti; il più sovente questo scirro resiste a tutti i rimedi esterni, ed interni. — Se il tumore fa dei progressi rapidi, l'estirpazione è il solo mezzo di guarirlo. — Difficoltà e pericoli di questa operazione. 272.

Parotide (*fistole della*). Sono la conseguenza d'una ferita, d'un ascesso essenziale, o d'un deposito critico di questa glandula. — Il gemito della saliva è il segno patognomonico di queste fistole. — Esse offrono delle varietà relative al luogo che occupano, alla loro forma, alla loro grandezza, III, 273. — I mezzi di cui s'è fatto uso con successo nella cura delle fistole sono li stittici, i caustici, la compressione e le iniezioni irritanti. — Esame di questi diversi mezzi. 274.

Pelle. Dopo la bruciatura il suo color giallo indica la disorganizzazione. I, 116. — S'indurisce, si prosciuga ed annerisce nella gangrena secca. 122.

Pelle (*corni della*). Ved. Corni.

Pecquet (*cisterna del*). La sua rottura può cagionare uno spandimento di chilo nell'addome. I, 225.

Pene. *Ved.* Verga.

Percy. Ha perfezionato le pinzette per l'estrazione delle palle. — *Ved.* Pinzette. I, 217. — Ha impiegato con successo il setone per ottenere la riunione dei frammenti d'un'articolazione contro natura. II, 36.

Perforativo (*trapano*). Così chiamato perchè non ha altra azione che quella di forare. — Sua forma. III, 36.

Pericardio (*idropisia del*). *Ved.* Idropericardio.

Periodica (*erisipela*). Caratterizzata dalla ricorrenza della sua comparsa. I, 282.

Periostio (*tumori fungosi linfatici del*). Sono stati descritti sotto questo nome dei tumori cancerosi del tessuto cellulare, sviluppati nelle adiacenze degli ossi. — *Segni diagnostici*: dolore acutissimo, tumore mobile, ben presto aderente all'osso, dolori lancinanti, infiammazione, suppurazione, ulcerazione carcinomatosa. — *Pronostico* sempre funesto. — *Cura*: amputazione della parte infetta. II, 205.

Periostosi (*o gomma*). Ingorgo del periostio accompagnato da un' alterazione di questa membrana e dalla necrosi delle lamine superficiali dell'osso. Attacca le ossa, in cui il virus sifilitico fa sentire principalmente la sua azione. — Caratteri anatomici; degenerazione del periostio in un tessuto omogeneo, biancastro, compatto. — *Causa*: l'azione del virus venereo. — *Segni diagnostici*: dolori vivi, fissi, notturni; ingorgo profondo, tumore pastoso, molle, senza fluttuazione: — Terminazioni, il tumore riman stazionario e poi finisce col dissiparsi, altre volte l'infiammazione si fa maggiore, si forma un ascesso, s'apre, divien fistoloso e non tarda a lasciare venir fuori una porzione d'osso necrosato; ben tosto la guarigione s'effettua senza difficoltà. — *Cura*: dev'essere sempre diretta dapprima contro il virus venereo, questa cura è poco efficace quando la malattia è molto inoltrata; applicazione d' empiastri ammollienti e anodini, cataplasmi di vigo con mercurio; frizioni locali mercuriali: apertura dell'ascesso quando è formato. II, 194.

Peritoneo. Inspessisce quando è messo allo scoperto e suppura. I, 153.

Peritoneo (*idropisia cistica del*). *Ved.* Idropisia.

Peroneo (*frattura del*). È assai frequente. — Ha luogo direttamente o per controcolpo per una deviazione del piede o una distrazione. — Spostamento poco considerabile, e solamente secondo la grossezza dell'osso, allargamento consecutivo della cavità che riceve l' astragalo. — *Diagnosi* poco facile; deformità, crepitazione oscurissima, complicanza di lussazione del piede. — *Pronostico*: niente affatto sinistro, se la malattia è trattata nelle regole. — *Cura*: l'estensione e contrestensione sono inutili: depressione del malleolo per fare eseguire al frammento inferiore un moto d'altalena; adduzione del piede; applicazione d'una ferula esterna che reprime il malleolo: consolidazione rapida. II, 139.

Peroneo (*lussazioni del*). S'effettuano difficilissimamente. — Una violenza esterna applicata sulla testa della fibula, potrebbe farle eseguire un moto di scivolamento e una lussazione del piede all'infuori potrebbe dislogare contemporaneamente le due faccie articolari di quest'osso colla tibia. — La riduzione sarebbe facilissima, e una fasciatura circolare basterebbe ad impedire la recidiva. 2.

Petit. Inventore d'una pianella per la rottura del tendine di Achille. I, 141. — Opinava che le arterie si obliterassero in virtù d' un coagulo, anco nel caso di ferite laterali: fatto riportato in sostegno di questa opinione. 162. — Mezzo che propone per riconoscere dopo la morte d'un animale, se era arrabbiato in vita. 181.

Petto (*ferite non penetranti del*). Possono esser semplici o complicate. — Possono complicarsi di dolore, d'emorragia, d'infiammazione, d'ascessi, d'enfisema, di corpi estranei. — *Segni diagnostici, Prognostico* e *Cura* di queste diverse complicazioni. IV, 77.

Petto (*ferite penetranti del*). Segni ai quali si riconosce che una ferita ha penetrato nel petto. — Pericolo dell'introduzione degli specilli per esplorare le ferite del petto. IV, 78. — Queste ferite sono raramente semplici: quasi sempre i polmoni son lesi, talvolta il cuore, i gran vasi e l'esofago; può esservi complicazione di stravaso sanguigno, d' emorragia, d'enfisema o di corpi estranei. — L'offesa della sostanza polmonare è la complicanza la più frequente. — *Segni* da cui si riconosce. 79. — L' infiammazione che accompagna le ferite del polmone non è sempre in ragione dell' ampiezza, e della profondità della ferita. 79. — Un enfisema un poco esteso non può aver luogo senza che il polmone sia diviso. 79. — Spesso si forma un'ernia del polmone. — *Segni* ai quali

si riconosce: mezzi di rimediarvi. 79. — La lesione del cuore è il più sovente instantaneamente mortale; talvolvolta però i malati sopravvivono alcuni giorni ed anco guariscono. 80. — La lesione delle grosse arterie è necessariamente mortale. 81. — Le ferite del petto sono di rado accompagnate dalla lesione dell'esofago. — *Segni* a cui si riconosce la lesione di quest'organo. — Questa complicazione è d'ordinario mortale: storia di guarigione riportata da Payen. 82. — Lo spandimento di sangue è una complicazione frequente delle ferite penetranti nel petto: *effetti e segni diagnostici* di questa complicazione: *prognostico* estremamente grave. 84. — L'enfisema s' osserva nelle ferite penetranti che hanno interessato solamente la pleura; suo meccanismo: suo poco pericolo. 86. — È considerabilissimo quaudo v'è stata lesione simultanea polmonare; può acquistare alcune fiate un volume e un'estensione considerabile. 87. — La lesione del polmone in sequela di che si forma un enfisema può esser prodotta da un frammento di costa fratturata. 88 e seg. — Il *prognostico* delle ferite penetranti del petto è differente secondo che sono semplici o complicate. 89. — Quando il polmone è vulnerato s' avrà ricorso a una cura antiflogistica energica per prevenire o guarire la sua infiammazione. 89. — Quando una porzione del polmone è escita dalla ferita, se è sana si deve farla rientrare con le dita o con una sonda ottusa: sbrigliamento della ferita; legatura della porzione di polmone protruso. 89. — Indicazioni particolari delle ferite penetranti complicate di lesione dell'esofago. 89 — Legatura, compressione dell' arteria intercostale nel caso che fornisca un'emoragia abbondante; processi diversi usati per la compressione di questo vaso. — Placca di Lotteri. — Guancialetto di Quesnay. — Macchina di Bellocq. Piumacciolo di fila impiegato al dì d'oggi. 90. — Mezzi di favorire l'uscita o il riassorbimento del sangue stravasato nel petto; dilatazione della ferita; tubo aspirante, operazione dell'empiema. 92. — *Cura dell'enfisema*; taglio praticato sul sito stesso della ferita, nelle diverse parti della pelle. 94. — Estrazione dei corpi stranieri, operazione preliminare. 95.

Petto (*ferite del*) *da strumenti contundenti*. Queste ferite diversificano tra loro in quantochè sono state fatte da strumenti contundenti ordinari o sivvero da un corpo scagliato dalla polvere da schioppo. IV, 96. — La contusione prodotta da un corpo contundente ordinario e limitata alle pareti del petto è di rado susseguita da accidenti. 96 — Le ferite contuse semplici delle pareti del petto s'hanno da riunire per mezzo dei cerotti agglutinativi e delle fasciature; esse esigono una cura speciale, quando sono complicate d'emoragia, d'infiammazione o di corpi stranieri. 96. — Le ferite delle pareti del petto da arme a fuoco hanno quasi sempre un tragitto obliquo e più o meno lungo. 96. — Segni ai quali si riconosce che la ferita è penetrante. 97. — I corpi scagliati dalla polvere possono recare offesa ai visceri del petto senza penetrarne la cavità; ma il più ordinariamente vi penetrano e agiscono immediatamente su questa viscera. 97. — Queste ferite non sono sempre mortali. 98. — *Cura*: estrarre i corpi stranieri, quando la cosa è possibile e può esser tentata senza gravi pericoli; luoghi diversi che può occupare la palla. 98. — Prevenire e combattere l'infiammazione; aprire gli ascessi che si formano. 99. — Le ferite del petto, particolarmente quelle prodotte da arme a fuoco, divengono talvolta fistolose; cause, effetti, cura di queste fistole. 99.

Petto (*ascessi esterni del*). Non diversificano in nulla da quelli che s'incontrano nell'altre parti del corpo. — Quelli soltanto dell'ascella presentano dei caratteri particolari e delle indicazioni speciali. IV, 103. (*Ved.* Ascella).

Petto (*idrope del*). *Ved.* Idrotorace.

Peyronie (*La*). Risanò un' ubriaco infetto da gangrena secca proibendogli l'uso del vino. I, 121.

Pibrac. Fa conoscere l' inutilità e i danni della sutura in un gran numero di casi. I, 128.

Piede. Si separa qualche fiata spontaneamente dalla gamba dopo la gangrena

per congelazione. I, 107. — Amputazione parziale del piede. (*Ved.* Amputazione). — Salasso dal piede. (*Ved.* Salasso).

PIEDE (*frattura dell' ossa del*). Hanno luogo assai di rado e solamente per l'azione di cause dirette. — Devono esser trattate come le ferite contuse. — La frattura del calcagno presenta sola delle indicazioni particolari. — *Ved.* Calcagno. II, 137.

PIEDE (*lussazioni del*). Possono effettuarsi indentro, infuori, indietro e in avanti; le lussazioni in avanti e indietro, sono le più rare. — Sono semplici o complicate; semplici quando i ligamenti che cingono l' articolazione hanno ceduto senza rompersi, complicate quando vi è lacerazione dei ligamenti articolari, divaricazione della fibula, frattura dei malleoli, escita degli ossi a traverso gl' integumenti, lussazione dello astragalo sul calcagno e lo scafoide, frattura dell'astragalo. — *Cause*: rovesciamento violento del piede indentro o all'infuori. — *Segni diagnostici:* Lussazione indentro; rovesciamento del piede infuori; risalto dell'astragalo sotto il malleolo esterno. — Si riconosce la complicazione di frattura dei malleoli alla crepitazione ed alla loro mobilità. — *Pronostico*: tristissimo a causa degli accidenti inflammatori che complicano sempre questa lussazione. — In ragione della lacerazione o dell'indebolimento dei ligamenti, le lussazioni complete, quelle soprattutto che traggon seco la lacerazione dei tegumenti, le fratture, le lussazioni dello astragalo, inducono un pericolo molto maggiore. II, 333. — *Cura*: la riduzione deve essere tentata prontamente, estensione, contrestensione, coattazione; maniera di praticare queste tre operazioni. — Dopo la riduzione, applicazione d' una fasciatura a 8 in cifra e di compresse imbevute di liquidi risolventi. — Prevenire l'infiammazione per mezzo dei salassi generali e locali della dieta, delle bevande diluenti e rinfrescanti. — Complicazione di diastasi, esercitare una compressione su i due malleoli. — Complicazione di frattura; se il peroneo è fratturato e la frattura non è conosciuta, evvi da temere uno spostamento consecutivo; ridurre la lussazione, mantenere il piede nella sua direzione naturale col mezzo di due ferule, esercitare una compressione sul malleolo esterno. — Complicazione di ferita e di sortita degli ossi, se il guasto fosse troppo considerabile, bisognerebbe eseguire sull' atto l' amputazione della gamba, nel caso contrario, la ferita essendo dilatata, si riduce la lussazione e si tratta come una ferita complicata. — Complicazione di lussazione dell' astragalo sul calcagno e sullo scafoide: estrazione dell'astragalo; vantaggi di questa operazione; esempio di successo di questa operazione. — Complicazione di necrosi della tibia, resezione di quest'osso. 235.

PIEDE (*lussazioni in avanti e indietro del*). Sono molto più rare delle lussazioni laterali. — *Cause* della lussazione in avanti; caduta sulla punta del piede, mentre questo si trova nella massima estensione. — *Cause;* estensione forzata e subitanea della gamba sul piede, mentre questo è ritenuto da un potente ostacolo. — *Segni diagnostici: lussazione indietro ;* scorciamento del piede, allungamento del calcagno. — *Lussazione in avanti;* allungamento del piede, scorciamento del calcagno. — *Prognostico :* è meno grave di quello delle lussazioni laterali. — *Cura*: estensione, contrestensione, coattazione, maniera di soddisfare a queste tre indicazioni, medesima cura consecutiva di quella delle lussazioni laterali. II, 242.

PIEDE EQUINO. *Ved.* Deformità del piede.

PIEDE (*deformità del*). *Ved.* Deformità.

PIEDI TORTI. *Ved.* Deformità del piede.

PIEDI (*calli di*). Escrescenze tubercolose, dure, inorganiche la di cui sostanza proviene dall' epidermide e dal corpo reticolare della cute. II, 412. — Le dita ne sono la sede più ordinaria. 412 e seg. — Caratteri anatomici dei calli che attaccano le differenti parti dei piedi. 412. — Esame delle cause che predispongono a questa malattia, e che la determinano. 413 e seg. — Quando i calli sono recenti e poco voluminosi, si perviene senza difficoltà ad asportarli. 414. Maniera di praticare la escisione e l'estirpazione dei calli. 414. — I calli della pianta del piede me-

ritano un' attenzione particolare. 415. — La forma appianata dei calli situati fra le dita e la loro poca consistenza ne rendono l'escisione difficilissima, ed anco impossibile. 415. — Non bisogna confondere i calli situati fra le dita coll'escrescenze veneree che si sviluppano qualche volta nel medesimo sito. 416. — L'estensione considerabile d'un callo e la sua intima adesione alle parti sottoposte possono necessitare l'amputazione di una porzione del dito. 416. — Considerazioni particolari sull'origine, le cause, i caratteri anatomici e la cura della specie di callo chiamato lupino. 417.

Pietra (*operazione della*) *Ved.* Vescica (*calcoli della*).

Pietre. *Ved.* Calcoli.

Pietre della vescica. *Ved.* Vescica. (*calcoli della*).

Pinzette. Strumento idoneo ad estrarre le palle profondamente impegnate. — Sono state perfezionate da Percy. — Descrizione di questo istrumento; maniera di servirsene. I, 198.

Pituitaria (*malattie della membrana*). *Ved.* Narici, e Naso.

Piumacciuoli. Si compongono con varie fila soprapposte le une alle altre e formanti una piccola massa più larga, che alta, destinata ad essere posta in una ferita, o a ricuoprirla, ovvero ad impedire l'obliterazione di un meato naturale. — La loro larghezza dev'essere proporzionata a quella della piaga. Le fila che li compongono saranno poste parallelamente. — Prendono il nome di faldelle di fila, quando sono larghissimi, e ricuoprono la piaga immediatamente. I, 30.

Pleura (*ascessi del tessuto cellulare della*). Il tessuto cellulare, che unisce la pleura ai muscoli intercostali diventa alcune fiate la sede d'un ingorgo inflammatorio, che termina colla suppurazione. — La causa è ora esterna, ora interna. — Il corso della malattia è ora acuto, ora cronico. IV, 107. — *Sintomi* locali, e generali del male. 107. — Abbandonati alla natura questi ascessi seguono in genere il corso di quelli, che si dicono freddi. — Sono spesso accompagnati dalla carie delle costole. 108. — *La diagnosi* di quest'ascessi non offre alcuna difficoltà. 108. — *Cura*: variabile secondochè l'ascesso è flemmonoso, o freddo. 108.

Pleure (*ascessi della cavità delle*). Si manifestano ordinariamente alla parte anteriore delle ultime coste vere. Più frequenti nei giovani, che negli adulti. — Sono la conseguenza della pleurisia, o della pleuro-peripneumonia. IV. 109. — Lesioni anatomiche trovate alla necrotomia. 110. — Devono essere curati coll'operazione dell'empiema. 110.

Pleurostotono. Nome dato al tetano laterale. I, 181.

Pneumatomfalo. Nome dato a un tumore enfisematico dell'ombelico, senza trasposizione delle parti. — Questa infermità non s'è mai rinvenuta. IV, 189.

Polipi (*del retto*). *Ved.* Retto.

Polipi (*delle narici*). *Ved.* Narici.

Polipi (*della vagina*). *Ved.* Vagina.

Polipi (*dell'utero*). *Ved.* Utero.

Pomi cotti (*polpa di*). Serve a comporre dei cataplasmi utili nella cura dell'ottalmie. I, 24.

Poplitea (*aneurisma dell'arteria*). È tal fiata prodotta da agenti vulneranti. — Dev'essere in questo caso trattato colla legatura piuttostochè colla compressione. — Si deve preferire il metodo di Hunter. — Sede, che può occupare l'aneurisma vero. — *Diagnosi* facilissima: può essere trattato assai vantaggiosamente colla compressione. — Si deve impiegare la legatura col processo hunteriano, quando la compressione è impraticabile. — In certi casi s'adoprerà il metodo antico. — Modo di praticare queste operazioni. — Nel caso d'imminenza di rottura, e di carie dell'ossa, l'amputazione dovrà essere anteposta. I. 323.

Porrifichi *Ved.* Retto (*affezione veneree*).

Potassa caustica. — Preferita al bistouri nell'apertura degli ascessi freddi. — Maniera di servirsi di questo caustico. — Sua maniera d'agire. — Epoca in cui si ha da levare. — Escara, che forma. I, 92.

Pott. Ha il primo descritto un tumore fungoso accidentale, che si sviluppa nella gamba, ed è stato chiamato aneurisma di Pott. I, 354. — Specie di

gangrena osservata, e descritta da questo Autore. — *Cura* che consiglia. 123.

Pouteau. Riguarda la gangrena di Spedale come essenzialmente contagiosa. I, 179. — Attribuisce l'obliterazione dell'arterie alla tumefazione, e alla gonfiezza delle carni, e del tessuto cellulare compresi dalla legatura. 151. — Pretende aver guarito dei cancri coll'uso esclusivo dell'acqua ghiacciata presa internamente. 362.

Prepuzio. Pretesa rigenerazion del prepuzio dopo l'amputazione della verga. I, 147.

Presbitismo. Stato della visione, in cui i malati vedono oscuramente gli oggetti, che guardano da vicino, e chiaramente quelli che guardano da lontano. — *Cause:* diminuzione della forza refrangente dell'occhio, appianamento della cornea, diminuzione della quantità dei liquidi, ravvicinamento della cornea, e della retina. — *Segni diagnostici*; occhi appianati poco sporgenti infuori; pupille ristrette. — *Cura* nessuna; uso degli occhiali a lenti convesse. III, 193.

Pressarterie. *Ved.* compressore delle arterie.

Prognostico (*dell'infiammazione in generale*). Variabile secondo la sede della malattia, la sua intensità, la sua estensione ec. I, 17.

Prolasso (*della vagina*). *Ved.* Vagina.

Prolasso (*dell'utero*). *Ved,* Utero.

Prostata (*infiammazione, e ingrossamento della*). *Ved.* Ritenzion d'orina.

Prostrazione. Si appalesa prontamente, ed è considerabile nelle infiammazioni gangrenose). I. 117.

Protesi. Consiste nell'applicare al corpo dei mezzi meccanici per supplire alle parti, che mancano per difetto di natura, o altrimenti, o per facilitare l'esercizio di quelle, che sono mal formate. — Entra di rado nell'esecuzione d'una operazione; essa forma il complemento di qualcheduna, e spesso una operazione particolare. — Le sue regole variano secondo i casi per i quali si istituisce. I, 41.

Psoite. Nome dato in quest'ultimi tempi all'infiammazione del tessuto cellulare, che unisce il peritoneo ai muscoli psoas e iliaco. — Questa malattia s'incontra più spesso negli adulti, che nei bambini, e nei vecchi. — Essa comincia con uno stato febrile che ha tutti i caratteri della febbre infiammatoria. — Essa si termina quasi sempre per suppurazione. — Il pus s'accumula alla piegatura degl'inguini, e verso l'anca. Si hanno da aprire questi tumori collo strumento tagliente dacchè la fluttuazione è sensibile, e dare al taglio una estensione sufficiente perchè il pus sgorghi con libertà. IV, 192.

Pterigio. Conosciuto anche sotto il nome di unghia, e di panno; sorta di escrescenza membranosa avente la forma di un triangolo, il di cui vertice è diretto verso il centro della pupilla, e la base verso la circonferenza dell'emisfero anteriore dell'occhio. — Ha la sua sede ordinariamente nel grand' angolo dell'occhio. — *Cause*: infiammazione cronica, contusione, o ferita della congiuntiva. — *Pronostico*. Questa malattia non è grave se non quando ha investito la cornea trasparente; allora apporta ostacolo alla visione. — *Cura*: nessuna, se la malattia è stazionaria, e non ha invaso la cornea; nel caso contrario si farà l'asportazione del pterigio. — Processo operatorio. — Se il pterigio si estende sulla cornea, se ne farà la recisione solamente al livello del punto di congiunzione colla sclerotica. III, 121.

Punture. Strumenti, che le producono. — Presentano presso a poco li stessi fenomeni delle ferite inflitte da strumenti di taglio. — Cagionano un vivo dolore. — Guariscono da se stesse quando sono semplici. — Si complicano di emorragia, di tumefazione infiammatoria, di corpi estranei. — *Pronostico*, variabile sovente funesto. — *Cura*: antiflogistici generali, e locali. — Estrarre i corpi stranieri; mezzo di riconoscerli di trarli fuori. I, 122.

Punzione (*degli ascessi freddi*). Luogo, in cui si pratica. — Strumenti che si adoperano. — Deve essere reiterata. — Utilità di questo metodo. — Bistouri. — Ago da cateratta. — Osservazioni relative alla punzione. I, 95. — È il miglior mezzo di aprire gli ascessi per congestione. 102.

Punzione (*della vescica*). *Ved.* Ritenzion di orina.

PUPILLA (*ristringimento della*). Occupa ordinariamente i due occhi. — *Cause*: violenze esterne esercitate sull' occhio, ottalmie violente, operazione della cateratta. 134. — *Pronostico*; il più sovente sfavorevole. — La malattia è di ordinario incurabile. — *Cura*; emissioni sanguigne locali, e generali, vomitatori, purganti, pupilla artificiale. 135.

PUPILLA ARTIFICIALE. *Ved.* Iride (*imperforazione dell'*).

PUPILLA (*dilatazione preternaturale della*). Occupa ora un solo occhio, ora tutti e due insieme. — *Cause*: contusioni dell' occhio, violente ottalmie, narcotici, amaurosi, vermi intestinali, malattie cerebrali. — *Segni diagnostici*: grandezza contro natura della pupilla, immobilità dell' iride. — *Cura*: topici irritanti, emetici, antiflogistici. III, 139.

PURGANTI. Bisogna usarne sobriamente. — Non sono antiflogistici. — Irritano sempre. — Sono nocivi, quando il canale digestivo è infiammato. I, 17.

PUS. Come si forma negli ascessi flemmonosi. — È disseminato nel tessuto cellulare, ne lacera le cellule, si coacerva in raccolta. I, 88. — Acquista delle qualità nocive quando si accumula in un ascesso latente. — Mezzi di prevenire questa alterazione. — Dilatazione dell' apertura dell' ascesso contraperture, compressione. 183. — Effetti funesti del pus corrotto sull' economia vivente. 184.

PUS (*ristagno del*). *Ved.* Ristagno.

PUSTOLA MALIGNA. Infiammazione gangrenosa della pelle. — È quasi sempre unica, di rado multipla. — Comunissima in certi paesi della Francia. Prodotta dal contatto mediato, o immediato degli animali infetti del carbonchio. — Si osserva negli individui dediti a certe professioni. — Ha la sua sede sulle parti del corpo ordinariamente nude. — È essenzialmente contagiosa. — Osservazione contraddittoria di Morand, Thomassin, Enault e Chaussier. — La durata del male può esser divisa in quattro *periodi*. 1.° *periodo*: inoculazione, incubazione, infiammazione vescicolare. 2.° *periodo*: mortificazione della cute. 3.° *periodo*: allargamento dell' escara, infiammazione delle parti adiacenti. 4.° *periodo*: variabile secondo la terminazione della malattia: accidenti atassoadinamici, enfisema succutaneo, morte. — Si termina talvolta spontaneamente coll' eliminazione della parte gangrenata. II. 47 e seg. — *Prognostico*: variabile in ragione della sede, dell' estensione, e del corso rapido della malattia. — *Cura* del primo, e secondo periodo. — Scarificazioni. — Caustici. — Maniera d' impiegarli. — Casi, in cui si deve reiterarne l' applicazione. — *Cura* del terzo periodo, fendere, e asportare l' escara onde introdurre i caustici. — Le cavate di sangue locali, e generali sono pregiudicevoli. — Topici attonanti, e risolventi. — Medesimi rimedi interni di quelli per le febbri atassiche e adinamiche. — Storie di malattie, che si referiscono alla pustula maligna. I, 292.

PUSTOLARE (*erisipela*). *Ved.* Erisipela.

Q

QUESNAY. Sua opinione relativa alla gangrena dei membri per infiammazione. — Questa opinione è discussa, e confutata dall' Autore. I, 107. — Storia di gangrena secca riportata da lui. 122. — Confuta la teoria di Garangeot sulla rigenerazione delle carni. 139.

R

RABBIA. Ha ricevuto ancora il nome di idrofobia. — Definizione della malattia. — Divisa in spontanea, e comunicata. — La rabbia spontanea non si manifesta mai nell'uomo. — Sintomi della rabbia nel cane; possono esistere in certe malattie. — Mezzi di riconoscere dopo la morte di un animale se era arrabbiato. — Si comunica all'uomo per contatto della bava

degli animali arrabbiati. — Resta qualche volta moltissimo tempo a dichiararsi. — Sintomi locali quasi nulli. — Sintomi generali gravissimi. — Morte sicura. — Lesioni cadaveriche. I, 204. — Può essere arrestata dalla cauterizzazione nell'orditura dei primi sintomi. 209.

Rabel (*acqua di*). Uno degli stittici i più usitati. — Commendata per arrestare l'emorragie. — Non conviene se non quando la effusione del sangue è poco considerabile. — Irrita violentemente le parti, sulle quali è applicata. I, 153.

Rachitide. Malattia, in cui le ossa sono prive della loro solidità ordinaria. — Si manifesta comunemente dopo l' età di quattro a sei mesi fino a quella di tre o quattr'anni, rarissimamente negli adulti e nei vecchi. — *Cause*: il temperamento linfatico, e nervoso, la costituzione scrofolosa, le malattie antecedenti, l'abitazione nei luoghi umidi, la soppressione di certe evacuazioni, il vizio venereo, reumatico, gottoso; questa malattia è stata attribuita all' acidità degli umori, che altera la sostanza terrosa dell'ossa. — *Segni diagnostici*: tristezza, torpore, gonfiamento delle estremità articolari, emaciazione, aumento di volume della testa, e delle facoltà intellettuali. — In uno stadio più avanzato, aumento di volume del fegato, meteorismo addominale, carie, caduta dei denti, dolore, deformità della spina, rammollimento, distorsione delle coste, e dell'ossa dei membri addominali, sintomi nervosi peculiari agli idrocefalici. — *Terminazioni*: talvolta la malattia termina spontaneamente; le funzioni si ristabiliscono; le ossa sembrano acquistare maggior solidità: il più sovente i membri si contraggono; compariscono dell' escare, e la morte ha luogo. II, 218. — *Caratteri anatomici*: aumento della massa cerebrale, idropisia dei ventricoli, tumidezza, degenerazione tubercolare delle glandule meseraiche, scoloramento dei muscoli, tumidità, rammollimento dell'ossa. — *Prognostico*: è per lo più sinistro, principalmente quando esiste complicanza di lue, o di scrofole. — *Cura*: si limita ordinariamente all' impiego dei mezzi dietetici, e medicinali eccitanti, e tonici, e alla cura delle diverse malattie conosciute, che possono complicare la rachitide. — Preparazioni mercuriali, antiscorbutiche, alcaline, saponarie, antimoniali, solfuree, marziali. — Dimora in luoghi caldi, elevati, e asciutti. — I mezzi ortopediaci messi in uso contro la deformità sono più nocivi, che utili. 221.

Radiale (*aneurisma dell'arteria*). È ordinariamente prodotto da causa esterna. — Dev'essere trattato colla compressione, o colla legatura, secondo il sito, che occupa. I, 318.

Radio (*frattura del*). È più frequente di quelle del cubito, e dell'antibraccio. — Può dipendere da una causa immediata, o aver luogo per controcolpo. — Lo spostamento non si effettua, che secondo la grossezza e la circonferenza dell' osso. — *Diagnosi*: difficoltà nei movimenti di supinazione, e di pronazione, difetto di mobilità della testa del radio, crepitazione. — *Prognostico*: poco grave. — *Cura*: la stessa delle fratture dell'antibraccio. — (*Ved.* questo nome). II, 152.

Radio (*lussazione dell' estremità superiore del*). Non può effettuarsi, che indietro. — È più frequente e più facile nei bambini, che negli adulti, e nei vecchi. — Questa maggior frequenza nei bambini dipende dalla lassezza de' ligamenti articolari. — La lussazione è sempre completa. — *Cause*: una caduta sulla mano colta in uno stato di pronazione forzata, o semplicemente un moto violento di pronazione. — Nei bambini i ligamenti si rilasciano, e la lussazione ha luogo nel movimento che si fa per tirarli, e sollevarli colle braccia. *Segni diagnostici*: dolore vivo, che si riferisce all' articolazione, flessione dell' antibraccio, pronazione forzata, supinazione impossibile, prominenza del radio dietro il condilo dell' umero. — *Prognostico*: non è mai sinistro: anco nel caso che la lussazione non sia rimessa in sito. *Cura*: riduzione facile. — Dopo la riduzione s' asterrà il malato per qualche tempo da ogni moto di pronazione. — Per prevenire la recidiva si situerà l' antibraccio nella flessione, e col mezzo d' una ferula s' impediranno i movimenti di pronazione. — L' appa-

recchio sarà levato dal 20 al 25 giorni. II, 292.

Ragadi dell'ano *Ved.* Ano.

Rammollimento dell' ossa. *Ved.* Rachitide.

Ranula. Tumore salivare, che si forma nella bocca sotto la lingua accanto al suo ligamento. — La natura di questa infermità era ignorata fino a quest'ultimi tempi. — L'obliterazione del dutto escretore della glandula mascellare è la vera causa della ranula. — Esame delle cause, che possono favorire quest'obliterazione. III, 219. — Caratteri della saliva nelle differenti epoche del male. 219. — *Segni diagnostici*, e *differenziali* della ranula. 220. — *Cura*: deostruzione dei condotti salivari. — Apertura del tumore con i caustici, o collo strumento tagliente. — Motivi, che devono decidere l' operatore alla scelta dei mezzi da impiegarsi per l'apertura del tumore. 221.

Reni (*ferite dei*). Si osservano di rado a causa della profondità, in cui quest' organi sono sepolti. IV, 341. — Si conosce che questi organi sono feriti al sito, alla direzione, alla profondità della lesione ed ai sintomi, cui va associata; esame di questi sintomi sì locali che generali. 341. — Storia di malattie riferite da diversi autori. 342. — La ferita è sempre più grave se il rene è vulnerato alla sua parte anteriore: ragione anatomica di questo prognostico; fatto allegato da Laubo. 343. — Il prognostico delle ferite dei reni è sempre tristo. 343. — La cura delle ferite dei reni consiste nel combattere gli accidenti primitivi coi salassi e colle bevande dolcificanti e nell'evacuare le orine, quando sono trattenute nella vescica. 344.

Reni (*infiammazione dei*) o *nefrite*. Si distingue in idiopatica, e in calcolosa. Quest' ultima è la più frequente. IV, 344. — Quest' infiammazione attacca raramente i due reni nello stesso tempo, quella del rene sinistro è più frequente di quella del destro. 344. — Esame delle cause diverse che possono produrre la nefrite. 344. La nefrite idiopatica è sempre accompagnata da febbre, *sintomi* locali, generali. 344. — Essa può terminare come le altre infiammazioni per risoluzione, per gangrena o per suppurazione. — *Segni* a cui si può riconoscere che la flemmasia si terminerà, o è terminata nell' una di queste maniere. 344. — Mezzi diversi impiegati per condurre a risoluzione l' infiammazione dei reni; vantaggi, inconvenienti di certe medele. 345. — La terminazione per gangrena fa perire costantemente i malati; fatto citato da Fabbrizio Ildano. 345. — La suppurazione del rene è parimente una terminazione gravissima, il pus può farsi strada o nella vescica o in un' altra parte. 346. — Il *prognostico* degli ascessi dei reni è sempre gravissimo. 347. — Quest' ascessi saranno sempre aperti di buon' ora. 347. — Quando si conosce il sito in cui deve esser fatta l' apertura di quest' ascessi, si può praticarla collo scalpello o colla potassa caustica. 347. — La maggior parte degli autori ha confuso a torto gli ascessi dei reni colle raccolte purulenti che si formano nel tessuto cellulare che cinge quest'organi. 347. — Quando il pus si fa strada a traverso le vie orinarie, la malattia diventa allora una piaga del rene. 347. — La diagnosi di questa piaga è in generale difficilissima. 347. — La cura di queste piaghe deve essere subordinata agli accidenti, cui vanno associate. 347. — Gli ascessi dei reni, quando si aprono un adito al di fuori danno spesso origine a delle fistole il più ordinariamente mantenute dalla presenza d' un calcolo. 348. — L' indurimento scirroso dei reni in seguito della nefrite è una cosa estremamente rara. 348.

Reni (*ascessi dei*). *Ved. più sopra.* — Infiammazione dei reni.

Reni (*piaghe dei*). Ved. *più sopra.* — Infiammazione dei reni.

Reni (*tumori dei*). Si comprendono sotto questo titolo tutte le affezioni dei reni, nelle quali il volume di quest' organi è più o meno aumentato. IV, 349. — Questi tumori diversificano tra loro rapporto alle alterazioni che producono, alla materia che contengono, e ai fenomeni da cui sono accompagnate. 349. — Storie di malattie coll' autossia cadaverica relativa a diversi tumori dei reni. 349. — I tumori dei reni si sono manifestati talvolta in sequela di un colpo o di una caduta sul fianco; altre volte sono comparsi dopo una

metastasi reumatica, erpetica. 350. — La diagnosi di questi tumori presenta sempre molta oscurità; *segni* dedotti dai sintomi locali e dai sintomi generali. 350. — Questi tumori sono al di sopra di ogni risorsa dell' arte, e fanno costantemente perire gli ammalati. 350. — Nella loro cura fa d' uopo attenersi a combattere gli accidenti con dei rimedi adattati alla loro natura, allorquando il tumore è voluminosissimo, e quando vi si riscontra distintamente la fluttuazione di un liquido, si può dargli esito praticandone la puntura. 350.

Reni (*calcoli dei*). I calcoli dei reni offrono numerose varietà, rapporto alla loro sede, al loro numero e al loro volume. IV, 351. — Differiscono del pari tra loro in causa del loro colore, della loro densità, struttura e natura. 351. — Le cause che predispongono ai calcoli renali sono difficilissime e il più sovente impossibili a decifrarsi; esame delle cause assegnate dagli autori. 351. — I calcoli producono degli effetti diversi su i reni, secondo la loro grossezza, figura e situazione. 352. — I segni che annunziano i calcoli renali offrono spesso molta incertezza, i calcoli possono esistere senza manifestare la loro presenza per via di alcun sintoma particolare: sintomi locali e generali cui danno luogo il più sovente. 352. — Il reuma lombare può colla sua violenza e il suo modo di invasione, esser preso talvolta per un accesso di nefrite calcolosa. 354. — Le diverse affezioni dei reni o degli organi che a loro stanno vicini, possono in certi casi dar luogo all'istessa fenomenologia. 354. — La durata degli accessi di nefrite calcolosa è variabilissima; questi cessano talvolta in capo di una o più ore, altre volte si prolungano per vari giorni. 354. — La presenza dei colcoli nei reni produce talvolta nella regione lombare un tumore in cui si riscontra della fluttuazione. 355. — La nefrite calcolosa è sempre una malattia grave, ma essa lo è più o meno secondo l' età e la costituzione dei soggetti. — Sintomi e accidenti da cui è accompagnata. 355. — La cura dei calcoli renerali consiste, 1.° nel calmare i dolori e gli altri fenomeni cagionati dalla loro presenza, 2.° nell' impedire il loro accrescimento ed anco nel diminuire il volume se è possibile, 3.° nell' espellerli dai reni e dalle vie orinarie. 356. — Alcuni autori hanno proposto la nefrotomia per estrarre queste pietre, esame critico delle probabilità di questa operazione e dei mezzi di praticarla. 357. — La nefrotomia può essere istituita quando la pietra ha determinato la suppurazione dei reni, e quando si forma un ascesso nelle vicinanze dei lombi. 357. — La maggior parte degli ascessi prodotti dai calcoli renali hanno due cavità distinte l' una primitiva, l' altra esterna e consecutiva; meccanismo della loro formazione. 358. — *Segni* da cui si può riconoscere una raccolta purulenta interna e condotta del chirurgo in questo caso. 358. — Spesso molti ascessi si succedono e suscitano degli accidenti più o meno gravi. 359. — In seguito degli accessi renali restano spesso delle fistole mantenute dalla presenza delle pietre che non sono state ancora trasportate dalla suppurazione. 359. — Nella cura di queste fistole bisogna attenersi a mantenere la libera escita del pus e dei corpi estranei. 360. — Rimedi interni consigliati per antivenire la recidiva della nefrite. 360. — Rimedi esterni e interni proposti per favorire l' espulsione dei calcoli di un piccolo volume. 360.

Reni (*vermi dei*). Questi vermi s' incontrano assai di frequente nei reni: osservazioni di questa fatta riportate da differenti autori. IV, 360. — È tanto difficile di spiegare l'origine di questi vermi e le cause della loro formazione, quanto di stabilirne la diagnosi. 361. — L'espulsione coll' orine d'uno o di più vermi è il solo segno, da cui si possa riconoscere la presenza di quest'ospiti nel rene. 361. — Indicazione delle specie di vermi che possono esistere nei reni. 363. — Questi vermi si aprono una strada al di fuori non solamente per l'uretere, ma ancora per mezzo degli ascessi che possono formarsi nella regione dei lombi. 363. — Dopo l'apertura degli ascessi del rene, accade talvolta che la presenza di questi vermi mantenga una fistola lombare. 364. — La medicina non offre alcuna risorsa diretta contro i vermi che posso-

no esistere nei reni o nelle vie orinarie. 364.

Reni (*fistole dei*). Ved. *più sopra*. — Calcoli, vermi dei reni.

Reni (*idatidi dei*). Gli autori hanno ammesso due specie d'idatidi renali. — La prima che è stata chiamata cisti idatigena non è altra cosa che una cisti sierosa situata nella spessezza della membrana propria del rene; la seconda consiste in vessichette isolate o riunite che sono riguardate come degli esseri animali. IV, 365. — Le cisti idatigene sono assai comuni e si rinvengono principalmente su i reni dei vecchi; caratteri anatomici di questa specie di cisti. 365. — Descrizione anatomica degli idatidi propriamente detti che s'incontra nei reni. 366. — Le idatidi dei reni sono rarissime, si vedono nella pelvi renale, negl'infundibuli, nell'uretra o nella vescica. 368. — Natura degli accidenti che può suscitare la loro presenza, difficoltà spesso insormontabile della diagnosi. 368. — Il *prognostico* degli idatidi dei reni è infaustissimo; quasi sempre la presenza di questi vermi nelle vie orinarie dà luogo a delle alterazioni organiche che fanno perire i malati. 369. — Nella cura si deve avere in mira di combattere gli accidenti cagionati dalla presenza degl'idatidi, di favorirne l'uscita e d'impedire che se ne formino delle nuove. 369.

Resezione degli ossi. È stata indicata da Ippocrate e soprattutto da Paolo d'Egina. — È stata sulle prime praticata per la carie dell'estremità superiore dell'umero, e quindi è stata messa in uso per quella del cubito o per la maggior parte dell'altre articolazioni ginglimoidee. — White, Vigarous e David hanno eseguita i primi la resezione dell'estremo superiore dell'umero. — Quest'operazione sembra all'autore dover essere sempre preferita alla disarticolazione dell'umero; processi operatorii usati da questi diversi chirurghi. II, 401. — White e Vermandois consigliano di fare la resezione del femore nel caso di lussazione spontanea di quest'osso, quest'operazione è condannata dall'antore. — Park ha consigliato ed eseguito con successo la resezione degli ossi del ginocchio in un caso di tumor bianco dell'articolazione; il suo esempio è stato imitato da Vermandois dai Moreau e Champion; quest'operazione è biasimata dall'autore che preferisce in questo caso l'amputazione al di sopra dell'articolazione. — Processi operatorii per la resezione dell'articolazioni umero cubitale, tibio-femorale, tarso-tibiale. — Resezione del carpo praticata con successo da Moreau; processi operatorii consigliati da Roux. 402.

Retina (*alterazioni organiche della*). Morgagni trovò una retina ossificata nel dissecare il cadavere d'un uomo losco dall'occhio destro. — Haller e Scarpa citano un'osservazione analoga. III, 141.

Retrazione. Assai considerabile nell'arterie quando sono state del tutto divise trasversalmente. I, 151.

Retroversione *della matrice*. *Ved.* Utero.

Retto (*corpi stranieri nel*). I corpi stranieri contenuti nel retto possono venire dall'esterno o essersi formati tanto in quest'intestino, quanto in qualche altro punto del tubo enterico. V, 16. — Natura dei corpi estranei che si formano nel retto dopo essere stati inghiottiti. 16. — Sintomi a cui dà luogo la presenza dei corpi estranei nel retto in generale. 16. — Esplorazione del retto col dito o collo speculo. — L'estrazione è l'indicazione comune, che presentano i corpi stranieri. 18. — Quando sono poco voluminosi sono d'ordinario scacciati spontaneamente in altri casi si deve estrarli col mezzo d'istrumenti introdotti nel retto e non ricorrere all'incisione dell'ano altro che nei casi disperati. 18. — Strumenti impiegati per l'estrazione di questi corpi estranei. 18. — Processi ingegnosi messi in opra da diversi autori per cavare dei corpi estranei ritenuti nel retto. 18. — Dei corpi estranei introdotti con violenza nel retto possono produrre degli accidenti gravissimi, quantunque non vi soggiornino. 19. — Dei corpi formati nel cavo intestinale possono egualmente fermarsi nel retto e produrre degli accidenti più o meno gravi: concrezioni chiamate enteroliti. — Natura e forma di queste concrezioni, sintomi locali e generali

che suscitano. 20. — La *diagnosi* di queste concrezioni è alcune fiate oscurissima. 22. — L'espulsione dei calcoli fecali può essere promossa coi lassativi, e se questi mezzi sono insufficienti, bisogna procedere all'estrazione del corpo estraneo. 22. — Oltre le pietre stercoracee possono formarsi nell'intestino retto degli ammassi di materie fecali che acquistano una gran tenacità. 23. — Natura degli accidenti che possono risultarne. — *Cura*. 23.

Retto (*prolasso e rovesciamento del*). N'esistono due specie; nell'una la membrana muccosa del retto stesso forma un tumore che esce dall'ano; nell'altra il colon invaginato nel retto si presenta fuori dell'ano. V, 40. — Aumento graduato, modo di sviluppo e caratteri particolari del tumore formato dalla sortita della membrana muccosa del retto. 40. — Questa malattia è frequentissima nei bambini, nei dissenterici. 41. — Questo rovesciamento finchè è recente non offre alcun pericolo: degenerazione dei tessuti quando l'infiammazione s'è prolungata molto tempo nella membrana muccosa. 41. — La procidenza del retto può divenire mortale per l'incarceramento del tumore e la gangrena che ne è la conseguenza. 41. — Le indicazioni che presenta sono differenti secondochè la malattia è recente o antica, semplice o complicata. 42. — Riduzione del tumore; maniera di praticarla. 42. — Quando la malattia è antica e il tumore considerabile, s'è obbligati di contenerlo col mezzo di adattata fasciatura, descrizione di questa fasciatura. 42. — Introduzione nel retto d'una tasta sostenuta da una fasciatura. 43. — Operazione chirurgica atta a impedire il prolasso della membrana muccosa del retto. 43. — Applicazione del cauterio attuale sul tumore per conseguire il medesimo scopo. 43. — La seconda specie di prolasso del retto consiste nell' invaginazione dell'ileo, del colon o del principio del retto, con rovesciamento di uno di questi intestini fuori dell'ano. 44. — Autossia cadaverica degl'individui morti con questa malattia, descrizione anatomica dell'invaginazione. 44. — Meccanismo di quest'invaginazione. 44. — Caratteri speciali, sintomi locali e generali di questa specie di tumore. 45. — L'indicazione curativa è di ridurre il tumore quando è recente e di prevenire gli accidenti che può indurre l'incarceramento. 45.

Retto (*polipi del*). Differiscono tra loro a motivo del loro sito, della loro figura, del loro volume e della loro struttura. V, 64. — *Segni diagnostici* di quest'affezione. 64. — I polipi del retto non sono punto pericolosi in generale. 64. — Mezzi impiegati dai chirurgi per condur fuori i polipi e per farne la legatura, e la recisione. 64. — Tumori analoghi osservati dall'autore e da vari altri scrittori. — *Metodo curativo*. 65.

Retto (*affezioni veneree del*). Queste affezioni comuni al retto e all'ano sono le ulceri, le ragadi, e le escrescenze. V, 66. — Le ulceri dell' ano e del retto sono assai frequenti nei due sessi, esse sono primitive o consecutive. 66. — La *cura* dev'essere antisifilitica; quelle del retto sono difficilissime a guarire. 66. — Le ragadi sono screpolature che s'osservano assai frequentemente tra le crespe dell'ano e che dipendono da un'infezione venerea. 66. — La cura è antisifilitica; se i dolori fossero troppo intensi, si farebbe uso degli oppiati. 66. — L'escrescenze sifilitiche dell'ano e del retto hanno ricevuto differenti nomi, secondo l'aspetto particolare che offrivano: cedono alla cura mercuriale generale e all'uso dei topici escarotici, della legatura e della recisione. 66.

Retto (*cancro del*). Si presenta sotto delle forme svariatissime. V. 67. — Attacca più frequentemente le donne degli uomini. 67. — È situato il più sovente uno o due pollici al di sopra dell'ano. 67. — Corso, sintomi locali e generali di questa malattia. 67. — La diagnosi è ordinariamente facile quando s'esamina con attenzione le parti malate. 68. — Il cancro del retto è costantemente mortale. 68. — L'estirpazione consigliata da qualche chirurgo è impossibile o nociva. — La cura sarà semplicemente palliativa. 68.

Reumatico (*vizio*). Può produrre gli ascessi freddi. I, 32. — La carie delle vertebre. 37.

Revulsivo (*salasso*). Cosa devesi intendere con questo nome. — Utile in certi casi. I, 19.

Rigenerazione delle carni. Suo meccanismo. — Teoria di Garengeot confutata da Quesnay. — Attribuito alla dilatazione dei minimi vasi. — Adottata lungo tempo dai chirurgi. — Combattuta e intieramente rovesciata da Fabre; prove, obiezioni. I, 24. e seg.

Ripercussione. D'una malattia cutanea può determinare il tetano. I, 62.

Ripercussivi (*rimedi*). Sono nel numero dei topici. — Loro modo d'agire. — Convengono nelle infiammazioni moderate dipendenti da una causa esterna. — Fanno risolvere il male. — Risparmiano l'infiammazione consecutiva alle scottature leggere. — Sono nocivi in certi casi. — Possono produrre delle metastasi, delle gangrene, e indurimento. — S'impiegano sotto forma liquida, o sotto forma d'empiastri. I, 23. — Consigliati nelle violente contusioni. — Nei tre gradi della bruciatura. I, 122 e seg. — Devono essere diligentemente evitati nella cura dell'erisipela da causa interna. 274.

Risolutivi (*rimedi topici*). Associati con vantaggio agli ammollienti. — Possono talvolta rinnuovare l'infiammazione delle glandule, debbono essere adoprati soli: quando la infiammazione è totalmente scomparsa. I, 24. — Proposti nelle contusioni violente. 93.

Risoluzione. Una delle terminazioni della flogosi. — Sua definizione. — È distinta dalla delitescenza. — Suoi fenomeni. — È la terminazione la più favorevole dell' infiammazione. — Pericolosa in certe febbri maligne e pestilenziali. — Epoche variabili in cui essa ha luogo. I, 18.

Ristagno della marcia. Uno degli accidenti consecutivi delle ferite. — A quali caratteri si distingue. — È comune nelle fratture comminutive. — Ha luogo egualmente nelle ferite profonde. — Mezzo d' impedire il ristagno del pus nelle ferite semplici. — Mezzo d' impedirlo nelle raccolte; incisioni, contraperture. — Suoi effetti sull' economia animale. I, 152.

Ristringimento (*dell'ano*). *Ved.* Ano.

Ritenzione di orina. Stato in cui l'orina accumulata nella vescica non può essere espulsa. 407. — È stata distinta secondo i suoi gradi in disuria, stranguria ed iscuria. 407. — È stata ancora distinta in renale, ureterica, vescicale e uretrale. 407. — Le cause della ritenzione di orina sono numerose e svariate. — Modo di agire di queste cause. 407. — Nella donna la ritenzione di orina può dipendere dallo stato di gravidanza e dal parto. — La distensione delle pareti della vescica è il risultato immediato del cumulo dell'orina in questo viscere; questa distensione può essere enorme. 408. — La invasione della malattia è tal fiata repentina, tal'altra lenta e graduata. 409. — Segni razionali e sensibili della ritenzione di orina. 409. — In generale questa malattia è molto grave ed esige dei prontissimi soccorsi. 410. — La *cura* consiste nel favorire l'evacuazione del liquido, distruggendo la causa che lo trattiene, e nel dare esito all'orina col cateterismo o colla punzione, quando quei mezzi sono insufficenti. 410. — *Cateterismo.* Operazione che consiste nell'introdurre per l'uretra una siringa in vescica, ad oggetto di evacuarne le orine, di esplorare la cavità di questo viscere e di farvi dell' iniezioni. 410. — L' istrumento di cui si fa uso per questa operazione ha ricevuto il nome di catetere, algalia o siringa. 410. — Le siringhe sono di due specie; le une solide, le altre flessibili. 410. La lunghezza e la grossezza delle siringhe devono essere proporzionate all' età del malato, alla lunghezza, e al diametro dell'uretra. — Descrizione delle siringhe usate per gli uomini e per le donne. 410. — Siringhe a doppia curva. 412. — Siringhe elastiche sole adattate ad esser tenute a permanenza nella vescica. 414. — Descrizione e usi delle siringhe elastiche inventate fino a questi tempi. 414. — Scelta del catetere relativo all'età del soggetto, al di lui sesso, alla natura della malattia che reclama l'uso del cateterismo. 415. — Vi sono due maniere d' introdurre la siringa in vescica degli uomini, cioè, sopra e sotto il pube; quest'ultimo metodo ha ricevuto il nome di *giro da maestro*. — Descrizione del processo operatorio per siringare secondo l'uno o l'altro metodo. 416. — Maniera di

fissare la siringa nella vescica. 418. — Il cateterismo nella donna non offre alcuna difficoltà. 420. — Quando la siringatura è impossibile, bisogna ricorrere alla punzione della vescica. 420. — *Punzione della vescica.* — Questa operazione può essere praticata in tre siti differenti, al di sopra del pube, al perineo e al retto. 420. — Descrizione anatomica relativa alla punzione al di sopra del pube; questa operazione è stata eseguita la prima volta da Mery. 420. — Questa operazione deve essere fatta alla linea alba, un pollice circa al di sopra della sinfisi dell'ossa del pube; descrizione degl' istrumenti impiegati per praticarla. 421. — Epoca fino alla quale si deve lasciare la canula in vescica; natura degli strumenti che si possono sostituirgli. 422. — Storie di malattie relative alla punzione della vescica al di sopra del pube nel caso di ritenzione di orina. 423. — Vantaggi della punzione della vescica al di sopra del pube. 423. — Maniera di praticare la punzione della vescica al perineo: strumenti che si adoperano per questa operazione; modificazioni proposte dall'autore. 425. — La possibilità di fare la punzione della vescica dal retto senza interessare il peritoneo è fondata su i rapporti anatomici di queste parti tra loro. 425. — Situazione del malato per questa operazione; strumenti impiegati dal chirurgo, processo operatorio; maniera di fissar la canula. 425. — Circostanze in cui sarebbe pericoloso il praticare con questo metodo la punzione della vescica. 426. — Metodo degli antichi per rimediare agli accidenti della ritenzione di orina, quando non potevano eseguire il cateterismo. 427. — Nelle donne la punzione della vescica si eseguisce del pari che negli uomini al di sopra del pube, e della vagina. 427.

Ritenzione d'orina (*causata dalla paralisi della vescica*). Questa paralisia comunissima nei vecchi può affacciarsi in ogni età in seguito di malattie dei centri o dei conduttori nervosi. IV, 427. — *Segni diagnostici*: tratti dalla distensione della vescica e dallo scolo dell'orina goccia a goccia. 428. — La distensione forzata e protratta delle fibre muscolari della vescica ne induce tal fiata la paralisi; circostanze in cui può aver luogo questa distensione. 428. — La infiammazione della vescica è pure una causa frequente e pericolosa della ritenzion d'orina. 429. Lo stesso accidente può essere un sintoma di febbri atassiche e adinamiche. 429. — S'è vista la paralisi della vescica venire in seguito della masturbazione e del coito. 429. — La ritenzione d'orina nei vecchi si forma in un modo lento e graduato; negli adulti all'incontro comparisce subitaneamente. 429. — Sintomi locali e generali della malattia, indipendentemente dalle cause che l'hanno prodotta. 430. — Osservazioni di malattie che vi si riferiscono citate da Murray e da Frank. 439. — È raro che la paralisi della vescica e la ritenzione che ne resulta sieno accompagnate da funesti accidenti. 433. — Si può prevenire e anco guarire questa paralisi quando è incipiente. 433. — Quando l'orina s'accumula nella vescica e non ne può essere espulsa, fa di mestieri ricorrere prontissimamente alla siringatura, lasciare la siringa a permanenza, e curare le complicazioni della malattia. 433. — Il tempo in cui la vescica recupera la facoltà contrattile varia molto. 433. — Iniezioni toniche commendate per ristabilire la facoltà contrattile della vescica. — Il catarro vessicale viene talvolta ad aggiungersi alla paralisi di questo viscere. 434.

Ritenzione d'orina (*prodotta dall'infiammazione del collo della vescica*). L'infiammazione del collo della vescica è quasi sempre più frequente di quella del corpo di questo viscere: effetti di quest'infiammazione. IV, 435. — Mezzi consigliati dagli autori per debellare quest'infiammazione e la ritenzion d'orina, che ne è l'effetto. 435.

Ritenzione d'orina (*prodotta dalla tumefazione della prostata*). — La prostata non può gonfiarsi senza difficoltare il corso dell'orina. IV, 435. — Sintomi dell'infiammazione di questa glandula. 436. — L'intumescenza inflammatoria della prostata può terminare per risoluzione o per suppurazione. 436 e seg. — Segni da cui si

riconosce che la ritenzion d'orina è alimentata dalla gonfiezza della prostata suppurante. 437. — Le conseguenze della suppurazione della prostata, sono diverse secondo la maniera d'essere del pus. — Storie di malattie che v'hanno rapporto. 437. — La tumefazione della prostata che provoca la ritenzione d'orina è talvolta fungosa; ma per lo più è scirrosa. 439. — Caratteri anatomici dei polipi della prostata. 439. — Segni dai quali si perviene a riconoscere l'ingorgo scirroso della prostata. 440. — L'ingorgo scirroso della prostata può esser guarito quando è recente e quando deriva da un vizio sifilitico. 440. — Sintomi della ritenzion d'orina prodotta dall'infiammazione della prostata; cura da opporgli. 440.

Ritenzione d'orina. (*prodotta dal ristringimento dell'uretra*). 440. — Il ristringimento d'uretra è una delle cause più comuni della ritenzion d'orina, ed è il più delle volte il prodotto d'una gonorrea. IV, 441. — Ha luogo in un solo o in più punti. 441. — Gli autori non sono d'accordo sulle cause prossime e immediate del ristringimento d'uretra in seguito di blenorragia. 441. — Il rinstringimento d'uretra da contrazione o costrizione è molto più raro del precedente. 442. — Non si deve confondere il ristringimento cronico con la costrizione spasmodica dell'uretra. 442. Questa malattia ha ordinariamente un corso lentissimo. ivi e seg. — Sintomi di questa ritenzion d'orina a cui s'è dato il nome di stranguria venerea. 442. — Il ristringimento d'uretra dà luogo spesso ad una crepatura del canale fra l'ostacolo e il collo della vescica. 443. — Nei suoi primordi il ristringimento d'uretra è facilmente sanato coll'uso delle candelette. 443. — Natura delle siringhe che conviene adoperare nella cura di questa infermità 444. — Modo d'introdurre le siringhe, maniera di fissarle. 446. — Il tempo che la siringa deve rimanere nell'uretra è subordinato al grado di sensibilità di questo canale. 447. — L'uretra una volta che è stata ristretta conserva una gran tendenza a ristringersi di bel nuovo. 449. — Quando il ristringimento è tanto considerabile che le minugie le più sottili spinte con tutta la forza che la prudenza permette d'impiegare, non possono valicarlo, se ne può tentare la cura, distruggendolo con i caustici, o forzandolo con una siringa metallica. 449. — Processi degli antichi per distruggere le carnosità dell'uretra. 450. — Descrizione ed uso della canula portacaustici di Gio. Hunter. 450. — Esame critico di questo processo fatto dall'autore. 451. — Modificazione introdotta nel processo d'Hunter da Averardo Home. 452. — Siringa metallica e cateterismo forzato, preferiti dall'autore a questi diversi metodi. 453. Siringa a punta acuta d'Ambrogio Pareo. 453. — Sonda a dardo di La Faye. 454. — Siringhe coniche impiegate e preferite dall'autore: vantaggi di questo metodo; descrizione del processo operatorio dell'autore per l'introduzione di questa specie di siringa. 454. — Maniera di fissare la siringa una volta che è introdotta e di mutarla. 455. — Il ristringimento d'uretra può sussistere per lungo tempo senza produrre alcun grave accidente. 456. — La minima causa basta per dar luogo alla ritenzione completa di orina nelle persone, la di cui uretra è considerabilmente ristretta. 456. — Questa specie di ritenzion d'orina è pericolosissima e richiede dei soccorsi pronti ed efficaci. — *Cura*. 456. — L'uso prolungato delle siringhe di gomma elastica dà luogo talvolta a degli accidenti gravi, e specialmente alla perforazione della vescica; storia di malattia, che vi si riferisce. 457.

Riunione *delle ferite di prima intenzione*. Prima indicazione curativa delle ferite semplici. — Casi in cui si ha da tentarla. — Condizioni di questa riunione. — Può aver luogo in casi disperati. — Tempo che la natura impiega per operarla. — Mezzi che l'arte mette in uso per ottenerla. I, 112. — La riunione non deve essere confusa con la consolidazione. 121.

Rossore. Fenomeno costante dell'infiammazione. — Sue cause. — Sua graduazione. — Sue varietà. I, 16. — Indica la gangrena, quando passa prontamente al violetto e al nero. 102. —

Indica la linea di demarcazione fra le parti vive e quelle che sono gangrenate. 107.

Rotoli. Piccole stecche guarnite di paglia, destinate a mantenere ridotte le fratture dei membri addominali. — Maniera di disporli secondo il genere e il luogo della frattura. — Hanno l'inconveniente di smuoversi con facilità. II, 18.

Rotoli (*mezzi*). Si componevano con un lenzuolo ripiegato e rotolato, ed erano destinati a contenere i rotoli; il loro uso è affatto abbandonato. II, 19.

Rottura *dei muscoli. Ved.* Muscoli.

Rottura *dei tendini. Ved.* Tendini.

Rottura *del tendine di Achille. Ved.* Tendini.

Rottura *del tendine del plantar gracile. Ved.* Tendini.

Rottura *dei tendini estensori della gamba. Ved.* Tendini.

Rottura *del ligamento della Rotula. Ved.* Rotula.

Rottura *della vagina. Ved.* Vagina.

Rotula. (*frattura della*). È quasi sempre trasversale, di rado obliqua, più raramente ancora longitudinale, alcune fiate comminutiva. — Le fratture longitudinali e comminutive dipendono sempre da una violenza esterna, la frattura trasversale è il più comunemente prodotta dalla contrazione violenta dei muscoli estensori della gamba. — Lo spostamento esiste sempre ed è tanto più considerevole, quanto più la frattura è trasversale. — *Diagnosi*: sempre facile; progressione in avanti impossibile; divaricazione considerabile dei frammenti, crepitazione. — *Prognostico* poco sfavorevole, tranne il caso di offesa all'articolazione; riunione riguardata come impossibile da alcuni autori; quest' opinione è confutata dall'autore. II, 112. — Cura: riduzione facilissima, difficoltà a mantenere i frammenti a contatto. — Consolidazione lenta coll' intermezzo di un tessuto fibro-cellulare. — Cura delle complicanze, flogosi dell' articolazione, ferite. ec. ec. — Apparecchi diversi inventati per mantenere a contatto i frammenti. — Ferule posteriori di Desault. — Fasciatura unitiva delle ferite trasversali. Fasciatura unitiva modificata dall' autore. 117.

Rotula (*lussazioni della*). Non possono aver luogo che indentro e in fuori e per l' effetto di una forza esteriore, o in seguito del rilasciamento eccessivo dei ligamanti. — La lussazione infuori è la più frequente: cause di questo fenomeno. — Possono essere complete o incomplete. — Le lussazioni complete sono rarissime. — *Cause*: potenza esterna che agisce sopra uno dei lati della rotula, mentrechè la gamba è distesa, o mediocremente piegata. — *Segni diagnostici*, la gamba è distesa, e non può esser piegata, deformità del ginocchio; risalto a traverso i tegumenti del bordo interno o esterno della puleggia articolare. — *Prognostico*: in generale favorevole, a meno che non coesista forte contusione articolare, o che la lussazione non sia completa; nel caso che la lussazione non fosse ridotta, i movimenti di flessione della gamba resterebbero impossibili o difficilissimi. — *Cura*: la riduzione sarà tentata al più presto possibile; dopo aver posto i ligamenti della rotula nel maggior rilasciamento possibile, il chirurgo la respingerà con forza verso la faccia articolare che aveva abbandonato; quando la lussazione è ridotta si prescrive il riposo al malato e si applica sul ginocchio dei liquidi risolutivi o dei topici ammollienti. 331. — Storie di lussazioni della rotula riferite dall' autore. 331.

Rotula (*rottura del ligamento della*). Affinchè questa rottura abbia luogo vi abbisogna il concorso simultaneo di una violenza esterna, e della contrazione dei muscoli estensori della gamba. — Fatto di questo genere riportato dall' autore. II, 501. — Il ligamento della rotula può rompersi nella sua continuità, ovvero l' uno o l' altro dei suoi estremi separarsi dall' osso al quale aderisce. 502. — Nella cura di questa malattia si deve avere per oggetto di mettere a contatto le parti divise; e mantenervele per tutto il tempo necessario alla loro consolidazione. 502. — La divisione trasversale del ligamento della rotula da un istromento tagliente presenta le medesime indicazioni della rottura di questo ligamento, e deve essere trattata nell'istessa guisa. 502.

Roux. Suo processo operatorio per la sutura del velo pendulo palatino. III, 341.

Rovesciamento (*dell' utero*). *Ved.* Utero.

Rovesciamento (*del retto*). *Ved.* Retto.

Rovesciamento (*della vagina*). *Ved.* Vagina.

Rovesciamento (*della membrana interna della vescica e dell'uretra.*) *Ved.* Uretra.

S

Sabatier. Referisce un esempio di successo del metodo di Valsalva in un caso d'aneurisma falso consecutivo dell'arteria assillare. I, 293.

Saburre. Sono la causa la più frequente della risipola. I, 262.

Sacro (*fratture del*). Hanno luogo rarissimamente. — Sono sempre gravi all'estremo a motivo della commozione della midolla spinale e della contusione degli organi racchiusi nella pelvi. — *La diagnosi* è assai facile, quando l'ingorgo infiammatorio non è fortissimo. — La *cura* è da dirigersi soprattutto contro gli accidenti che sopraggiungono. II, 51.

Salasso (*medicina generale*). Nocivo alle persone fievoli. — Pericoloso nelle infiammazioni gangrenose. — Utile nella maggior parte delle infiammazioni. — I suoi effetti sono tanto più rilevanti, quanto più è recente la flogosi. — La sua abbondanza è relativa all'intensità dell'infiammazione, all'età, al temperamento, alla forza del malato. — Copioso e raro produce un miglior effetto. Suo modo d'agire nella guarigione delle flogosi. — Revulsivo. — Locale. I, 20. — Consigliato nelle violente contusioni. 104. — Nelle bruciature al terzo grado. 118. — Prescritto nel corso dell'infiammazioni gangrenose. 112. — Può esser utile nell'emorragia. — Sua maniera d'agire in questa circostanza. 174. — Dev' essere avventurato nel tetano quando l' infermo è pletorico. 181.

Salasso (*rimedio locale*). Le sanguisughe debbono essere in generale anteposte alle coppette scarificate. — Si hanno da applicare nei contorni della parte infiammata. — Ragione di questo precetto. — La sanguigna locale è utile nelle flemmasie delle parti situate sotto la pelle. — Vantaggiosa nella cura dell'emoroidi: suo modo d'agire in questo caso. — Meno utile del salasso generale, nell'erisipela, nel flemmone, nelle fratture complicate. I, 21 e seg.

Salasso (*operazione*). Consiste nell'aprire un vaso sanguigno, per dare esito ad una certa quantità di sangue; si distingue in salasso arterioso e venoso, salasso locale, o generale. I, 39. — *Arteriotomia*. — Non si pratica più che all'arteria temporale. — Situazione del malato: processo operatorio. 39. — Descrizione della fasciatura idonea ad arrestare l'emorragia. 39. — *Flebotomia*. — Sezione di una vena. — Al tronco non si pratica più che la cavata di sangue dalla giugulare. — Dalle vene del braccio e del piede. 40. — Apparecchio necessario per praticare quest' operazione: allacciatura, lancetta, recipiente, piumaccioli, fascia. 41. — Maniera di porre l'allacciatura, di tenere la lancetta, d'aprire la vena, di fermare il sangue. 42.

Salasso dal braccio. Descrizione anatomica delle vene del braccio. I, 41. — La mediana cefalica è quella che si deve bucare di preferenza. 42. — Situazione del malato, processo operatorio. 42. — Maniera d'arrestare il sangue. 44. — Modo di medicatura, quando si vuole ricavare del sangue nello stesso giorno. 44.

— *Accidenti che possono conseguitare al salasso del braccio*. Questi accidenti sono il salasso bianco. 45. — La sincope. 46. — Il trombo. — L'ecchimosi. 46. — Di tutti gli accidenti che possono resultare immediatamente dal salasso del braccio il più grave è l'apertura dell'arteria brachiale. — Disposizione anatomica che favorisce quest'accidente. — Segni ai quali si riconosce. 46. — Condotta del chirurgo in questa circostanza: fasciatura compressiva; macchine ed apparecchi inventati per praticare questa compressione. 46. — L'aneurisma falso consecutivo e l'aneurisma varicoso che sopravvengono die-

tro la ferita dell'arteria brachiale nel salasso, quando s'è impiegata la compressione, devono esser trattati come gli aneurismi in generale (*Ved.* Aneurisma). 47. — L'infiammazione che sopraggiunge talvolta dietro il salasso dal braccio, varia molto a motivo della sua estensione e della sua intensità. 48. — Corso e sintomi di questa infiammazione. 49. — La puntura d'un nervo è la causa la più comune di questa infiammazione. 49. — *Cura* di quest'accidente: antiflogistici, sezione completa del nervo. 51.

Salasso dal piede. Descrizione anatomica dalle vene del collo del piede. I, 52. — Apparecchio necessario per praticare quest'emissione di sangue. 52. — Processo operatorio, fasciatura e medicatura. 52. — Natura degli accidenti che possono venire in campo dopo questa cavata di sangue. 52. — *Ved. più sopra.*

Salasso dal collo, o dalla giugulare. Disposizione anatomica delle vene del collo. I, 53. — Processo operatorio, medicatura di questo salasso. 53.

Salasso locale. Consiste nell'aprire i vasi capillari d'una parte qualunque del corpo; si fa per mezzo delle mignatte, o delle coppette scarificate. I, 54.

Salasso locale colle sanguisughe. Descrizione della sanguisuga officiale. I, 54. — Siti in cui si devono applicare relativamente all'indicazioni, cui fa d'uopo soddisfare. 57. — Situazione del malato per l'applicazione delle mignatte. 58. — Maniera di preparare la parte che devono mordere, e di disporre questi vermi alla suzione. 58. — Maniera d'applicarle. 58. — Compensi da mettere in pratica per sopprimere l'emoragia, o per provocarla. 59. — Accidenti che possono conseguire l'applicazione delle mignatte. 60.

Salasso locale per mezzo delle coppette. — Uso delle coppette. 61. — Loro meccanismo. ivi — Sono distinte in secche e in umide. — Descrizione delle diverse specie di coppette usate in medicina. 61. — Possono essere applicate su tutte le parti del corpo, quando la forma di queste parti permette d'adattarvi l'apertura della coppetta. 62. — Scopo, cui mirasi applicandole; circostanze, nelle quali sono utili. 62. — Maniera di rarefare l'aria nelle coppette, per mezzo del fuoco e della tromba aspirante. 62. — Descrizione dello scarificatore, suo uso, suoi vantaggi. 63. — Medicatura che conviene dopo l'applicazione delle coppette scarificate. 65.

Salmarino. Vantato come risolutivo. I, 172.

Sangue. È alterato dall'infiammazione. I. 18. — Il suo spandimento nelle ferite, o in una cavità complica dolorosamente le ferite. — Mezzi di rimediare a questa complicazione. I, 150.

Sanguisughe *Ved.* Salasso.

Sapone (*cerotto di*). Concorre a procurare la risoluzione delle glandule infiammate. I, 25.

Sarcocele *Ved.* Testicoli.

Sarcomfalo. Ammasso d'adipe, o di materia albuminosa intorno ai ligamenti dell'ombelico. — Questa malattia è estremamente rara. — Rassomiglia molto all'epiplocele ombelicale. — Diagnosi differenziale di queste due affezioni. IV, 169. — I topici non convengono in modo alcuno nella cura di questa malattia. — L'estirpazione sola è praticabile. — Storie di malattie che v'hanno rapporto. 170.

Sbarra Dev'essere messa fra i denti dei tetanici. I, 190.

Sbrigliamenti. Essenziali, soprattutto nelle ferite d'arme a fuoco. — Maniera di praticarli. I, 200. Ved. *Ferite d'arme a fuoco.*

Scarificazioni. Impiegate nel caso di gangrena, per favorire l'azione dei medicamenti antisettici. — Prescritte dall'Autore. I, 103. — Prescritte nell'antrace maligno pestilenziale da Samoelowitz. 294. — Consigliate dall'Autore nella cura della pustula maligna. 297.

Scarpa. Confuse un tumore fungoso sanguigno accidentale sviluppato vicino al ginocchio con un aneurisma dell'arteria tibiale. I, 351. — Modifica vantaggiosamente il processo d'Hunter per l'operazione dell'aneurisma. 293.

Scheggie. Complicano spesso le ferite d'arme a fuoco. — Si devono estrarre diligentemente. — Maniera di cavarle. — Sono talvolta esportate dalla suppurazione. I, 194.

Scirro. Definizione. — Offre numerose

differenze. — Può osservarsi in tutte le parti del corpo. — Attacca più comunemente gli organi glandulari, l'utero. — Ha luogo di rado nella gioventù; è frequente nelle donne all' epoca critica. — Il suo volume varia. — È l'effetto d'una diatesi particolare. — *Cause*: occasionali esterne; l'applicazione dei topici ripercussivi sugli organi glandulari infiammati, le violenze estrinseche, le irritazioni croniche. — *Cause*: occasionali interne; soppressione d'un flusso abituale, l'azione di certi virus. — *Segni diagnostici*: tumore eguale, mobile sotto la pelle, talvolta doloroso che invade ben presto l'organo, in cui è situato, aumentandosi lentamente. — È stato confuso talvolta con un tumore cistico. — È il primo grado del cancro. — Può rimanere stazionario e indolente per un tempo lunghissimo. — Termina rarissimamente per risoluzione. — *Pronostico*: relativo all'età, al temperamento del malato, al sito, alla durata, alle cause della malattia. I, 351. — *Cura*: determinare, se lo scirro è suscettivo di risoluzione. — Rintracciare le cause interne per combatterle. — Richiamare le evacuazioni che si sono soppresse. — Minorativi. — Amari. — Cicuta. — *Cura* topica; ammollienti in principio, quindi risolutivi e fondenti. — Quando la cura è inutile, fare l'ablazione del tumore. — Quest' operazione non preserva dalle recidive. 353.

Scorbutico (*vizio*). Produce qualche fiata la gangrena secca. I, 116. — Ritarda la guarigione delle ferite suppuranti. 150. — Rende le emoragie difficilissime ad esser frenate. 151. Favorisce lo sviluppo della gangrena di spedale. 197.

Scorbutiche (*ulcere*) *Ved.* Ulcere.

Scrofoloso. (*vizio*). Produce la carie delle vertebre. I, 22. Ritarda la guarigione delle ferite che suppurano. 134.

Scrofolose (*ulcere*). Ved. Ulceri.

Scroto (*malattie dello*). Le ferite di questa parte sono rarissime; i loro sintomi e la lor cura nulla offrono di peculiare. V, 61. — L'infiammazione erisipelatosa dello scroto non presenta neppur essa alcunchè di particolare, eccettochè termina talvolta per gangrena. 61. — La gangrena dello scroto è qualche fiata la conseguenza d'una violenta contusione, e altre volte succede all'erisipela. — La cura sarà modificata secondo la causa che produce la gangrena. 62. — Le ulceri che si osservano sullo scroto sono di due sorte, o benigne, o veneree. — *Cura*: relativa alla natura di queste due sorte d'ulcere. 62.

Scroto (*edema dello*). *Ved.* Idrocele.

Scroto (*infiltrazione sanguigna dello*). Ha ricevuto il nome d'Ematocele. — Ha luogo talvolta in seguito della punzione dell'idrocele. — Questa malattia è una vera ecchimosi, e si riconosce ai segni che caratterizzano le ecchimosi in generale. V, 84. e seg. — Il sangue s'infiltra pure talvolta nel tessuto cellulare del cordone spermatico dietro la rottura d'una delle branche della vena spermatica. 84.

Scroto (*elefantiasi dello*). Tumore formato da una congestione di sughi linfatici, albuminosi, ed altri nel tessuto cellulare dello scroto. V, 107. — Questo tumore è stato impropriamente nomato sarcocele. 107. — Esame anatomico di questo tumore, dietro le osservazioni di Dionis, Larrey, Walther ec. 107. e seg. — Questi tumori possono acquistare un volume enorme. 108. — Essi non hanno la loro sede nei testicoli; e non sono punto suscettibili di degenerazione cancerosa. 108. — Le cause di questi tumori non sono conosciute. 111. — Chopart riguarda la cauterizzazione con la potassa caustica, come il processo curativo il più efficace; l' amputazione e l'estirpazione sono preferite dall' Autore. 111.

Sculteto (*fasciatura di*). *Ved.* Fasciatura.

Segale cornuta. È una causa della gangrena secca. — Più abbondante negli anni piovosi. I, 121.

Senapismi. Cataplasmi in cui entra il seme di senapa polverizzato. I, 320. — Maniera di comporre i senapismi e di applicarli. 320. — Effetti di questa irritazione. 320. — Non si deve impiegare indifferentemente i senapismi e i vessicanti. 321.

Sesso. Modifica il corso e l'intensità dell'infiammazione. I, 8.

SETONE. Specie particolare d'emissario che si forma forando la pelle in due siti corrispondenti, e che si mantiene col mezzo d'un lucignolo infilato nei due fori. I, 64. — È d'un uso frequente in chirurgia. 64. — Può esser posto in tutte le parti del corpo, ove il tessuto cellulare succutaneo è un poco rilasciato. 64. — Circostanze in cui la di lui applicazione è più utile. 64. — Strumenti e processo operatorio degli antichi per passare un setone. 66. — Strumenti e processo operatorio dei moderni. 66. — Modo di medicare i setoni. 66. — Il setone è consigliato per favorire l'escita della marcia dai seni. 68. — Preconizzato per l'apertura dei vasti ascessi freddi. — Meno vantaggioso della puntura. 68. — Non deve essere adoprato per aprire gli ascessi per congestione. 69. — Il setone è stato interposto ai frammenti d'un'articolazione preternaturale per ottenere la consolidazione della frattura. — Questo metodo è stato impiegato con successo da Percy, da Philips e da Isaac Paterson. 71.

SEVERINO (M. A.). Riporta l'istoria d'un tumore varicoso situato sotto l'ipogastro, che rassomigliava a una testa di Medusa. I, 339. — Prese un tumore fungoso accidentale per un aneurisma e pervenne a distruggerlo col cauterio attuale. 348.

SFACELO. Distinto dalla gangrena propriamente detta. — Sua definizione. I, 41. — Mezzo di riconoscere, se è limitato. 45. — Mortale, quando s' estende fino al tronco. 45. — Reclama l' ablazione del membro. — Epoca, luogo dell' operazione, regole a questo proposito. 47.

SIEROSE (*membrane*). S' infiammano facilissimamente. I, 10. — Sono allora la sede d' un trasudamento linfatico, siero linfatico, sanguinolento, albuminoso, lattiginoso. 19.

SIFILITICO (*vizio*). Ritarda il risanamento delle ferite suppuranti. I, 99.

SINCOPE. È un mezzo, che sospende l'emoragia. I, 150.

SINI (*in cui stagna il pus*). Cosa devesi intendere per sini. — S' oppongono alla guarigione degli ascessi. — Sono talvolta numerosissimi. — Mezzi d' evacuarli, di chiuderli. I, 59.

SINI FRONTALI (*ferite dei*). Le ferite dei sini frontali prodotte da strumenti pungenti, e taglienti, non offrono verun pericolo, e veruna indicazione particolare quando non arrivano alla parete posteriore del seno. — Quando questa parte è lesa, la malattia rientra nella categoria delle ferite della testa (*Ved.* questo nome). III, 289.

SINI FRONTALI (*infiammazione, e suppurazione della membrana muccosa dei*). Caratteri speciali di questa infiammazione. — Pericolo degli ascessi dei sini. — *Cura:* trapanazione del coronale per dare esito al pus. III, 300.

SINI FRONTALI (*polipi dei*). Non n'esiste che un esempio referito da Levret. — La malattia non può esser sanata che colla trapanazione. III, 300.

SINI FRONTALI (*corpi stranieri nei*). Osservazione riportata da Haller, natura dei corpi estranei, che possono svilupparsi, o essere introdotti nei sini. — Esame dei sintomi, cui danno origine. — Presenza dei vermi nei sini, loro sortita dalle narici. — *Cura*: la trapanazione dell'ossa sarebbe il solo mezzo di guarire la malattia. III, 301.

SINO MASCELLARE. *Ved.* Mascellare.

SINTESI. Ha per oggetto di riunire le parti divise contro l'ordine naturale, di ridurre le parti dislogate, e di mantenerle riunite, o ridotte. — Sintesi di *continuità*; quella, che ha per scopo la riunione delle parti che devono esser continue. — Sintesi di *contiguità*; quella, che ha per scopo di riporre le parti contigue che hanno perduto i loro rapporti naturali colle parti adiacenti. — Mezzo di praticare queste due sorta di sintesi. I, 33.

SINTOMI (*dell'infiammazione in generale*). Divisi in locali, particolari, generali. — *Locali*: non seguono un ordine costante nel loro sviluppo, e nel loro corso. — *Particolari*: dipendono dalla natura dell'organo infetto. — *Generali*: variabilissimi, che si limitano sovente ai fenomeni, che caratterizzano la febbre inflammatoria. I, 15.

SIRINGA. *Ved.* Ritenzion d'orina, vescica.

SITUAZIONE. Uno dei mezzi, che l'arte impiega per riunire le labbra delle ferite semplici. — In che consiste. — In qual caso conviene adoprarla. — Sua estrema utilità. — Deve variare secondo

la natura dei tessuti divisi, secondo il modo di lesione. — È un ausiliare delle fasciature. — Non rimedia che incompletamente alla divaricazione dei labbri d'una ferita. — Dev'essere in ragione inversa dell'azione del muscolo diviso. I, 137.

Slogamento. (*dei frammenti dell'ossa*). Ha luogo secondo la grossezza, la direzione, e la circonferenza dell'osso. — Riconosce per cause ora la forza estrinseca, che produce la frattura, ora il peso del corpo, che spinge il frammento superiore contro le carni, ora per la gravità del membro. — La causa la più potente è l'azione dei muscoli, di quelli soprattutto, che si attaccano al frammento inferiore. II, 4.

Sopracciglі. (*ulcere, bottoni, pidocchi dei*). III, 64.

Sopraccigli (*caduta dei*). È ordinariamente cagionata da una bruciatura, una contusione, una ferita con perdita di sostanza. — *Cura*: unzioni con un corpo grasso. — Nel caso che i sopraccigli non ripullulassero si applicherebbero dei sopraccigli artificiali. III, 65.

Sopraccigli. (*canizie dei*). Può cagionare talvolta un lieve disturbo nella vista rendendo troppo viva l'impressione della luce. III, 65.

Spalla (*disarticolazione della*). *Ved.* Amputazione.

Specillo. Lo specillo, che serve a esplorare i corpi estranei nelle ferite di arme a fuoco deve essere di un grosso calibro. I, 88.

Spedale (*putrefazione di*). *Ved.* Gangrena.

Spina bifida. *Ved.* Idrorachitide.

Spina ventosa. Affezione degli ossi cilindrici, in cui il canale midollare subisce una distensione considerabile. — Si appalesa sotto due forme ben distinte, la prima nei bambini, la seconda negli adulti. — *Segni diagnostici* della prima specie: intumescenza dura, e fusiforme di uno degli ossi del metacarpo, o delle falangi, dolori sordi, distensione, deformità, infiammazione, ulcerazione delle parti molli circomposte, suppurazione abbondante, guarigione spontanea all'epoca della pubertà. — *Segni diagnostici* della seconda specie; dolori acuti, perseveranti, che si referiscono alla parte più profonda del membro; tumore duro, che cresce rapidamente, e che investe tutta la circonferenza dell'osso, sensazione di una raccolta di liquido racchiusa in una cavità ossea: infiammazione della pelle, suppurazione, accrescimento, e degenerazione cancerosa del tumore, febbre etica, consunzione rapida. II, 193. — *Pronostico*: è meno grave nella spina ventosa dei bambini, e sempre estremamente grave nella spina ventosa degli adulti. — Cura; sudorifici vantati da Boerhave. — Trapanazione dell'osso: applicazione di sostanze irritanti nella cavità dell'osso. — Applicazione del cauterio attuale. — Amputazione del membro, quando la conservazione della vita è impossibile. 201.

Spostamento. *Ved.* Slogamento.

Sprone del callo. Innestato sulla testa dell'animale è capace di accrescimento. I, 81.

Spugna. Messa nel numero delle sostanze assorbenti atte ad arrestare l'emorragia. Non ha efficacia, se non è sostenuta dalla compressione. I 183.

Stabbio (*bagni di*). Consigliati da Ambrogio Pareo nella cura del tetano. I, 97.

Stafiloma (*della cornea dell'iride*). *Ved.* Cornea, Iride.

Stagioni. Modificano il corso e l'intensità dell'infiammazione. I, 11.

Steatoma. Nome dato ai tumori freddi non saccati, formati dal grasso degenerato. — Dev'essere distinto dal lipoma. — Può talvolta degenerare in cancro. I. 389. — È più duro, più lobulato, meno elastico dell'altre specie di lupie. 390.

Sterno (*frattura dello*). Sono ordinariamente trasversali o oblique, talvolta a stella. — Hanno luogo per lo più da una causa esterna, che agisce direttamente, o di rado per controcolpo. — Sono sempre accompagnate dalla contusione dei tegumenti, o degli organi contenuti nella cavità toracica. — *Diagnosi*; rilievo dei frammenti, segni di lesione degli organi del petto: crepitazione. — *Prognostico*: non è tristo se non quando il cuore, o i polmoni sono stati lesi nello stesso tempo. — *Cura*: compresse sul sito della frattura; fasciatura da corpo stretta fortemente;

trapanazione dell'osso, se fa d'uopo estrarre le schegge; cura antiflogistica energica per opporsi agli accidenti derivanti dall'infiammazione consecutiva del cuore, o dei polmoni. II, 49.

Sterno (*carie dello*). S'osserva frequentissimamente, e il suo sviluppo è favorito dalla struttura spungiosa di quest'osso. — I vizi scrofoloso, e sifilitico, sono le cause, che la determinano il più sovente. — Nel numero delle cause si ripongono ancora l'apertura d'un ascesso critico, e una contusione violenta. — Essa s'osserva principalmente nei bambini scrofolosi, e tubercolosi. — Comincia dalla faccia anteriore, o posteriore; in quest'ultimo caso ora si forma un ascesso dietro lo sterno, che non interessa il polmone, e le pleure, ora quest' ascesso s'insinua nelle pleure, e nel pericardio. — *Segni diagnostici*: quelli della carie in generale; la presenza delle fistole, e l'escita del pus nei moti della respirazione indicano l'esistenza d'un ascesso dietro lo sterno. — *Prognostico*: poco grave a meno che la malattia non s'associ alla lesione degli organi del torace. — *Cura*: le applicazioni irritanti bastano, quando la carie è superficiale, e poco estesa: in casi più gravi, si può impiegare il trefine; ablazione delle parti per mezzo del trapano, favorire la cicatrizzazione della ferita. — Storie di malattie, che v'hanno rapporto. II, 187.

Stimolanti. Debbono esser prescritti dapprima a quelli che hanno delle ferite considerabili. I, 151. — Epoca in cui precipuamente convengono. 154.

Stittici. Non differiscono dagli astringenti se non perchè quelli sono più attivi. — Consigliati per arrestare l'emoragia, non possono convenire se non quando l'effusione di sangue è poco considerabile; sono violentemente irritanti. — Hanno bisogno d'esser secondati dalla compressione. I, 153.

Stomaco (*corpi estranei nello*). I corpi stranieri introdotti accidentalmente nello stomaco, o spinti dall'esofago, devono essere estratti colla gastrotomia, se danno luogo a degli accidenti gravi, e se giungono a far rilievo al di sopra delle pareti addominali. — Maniera di praticare quest' operazione. (*Ved.* Gastrotomia). IV, 64.

Strabismo. Non attacca mai simultaneamente ambo gli occhi. — *Cause*: situazione viziosa della cornea rapporto all'asse dell'occhio. — Difetto di concordanza fra i punti d'inserzione dei nervi ottici. — Ineguaglianza della forza dei due occhi. — Tumori sviluppati nell'orbita. — Effetti di questa malattia sulla visione. — Può essere completo, incompleto, temporario. — *Prognostico*: la guarigione è tanto più difficile quanto più il male è portato a un alto grado, e quanto più è avanzato in età l'individuo, che ne è afflitto. — *Cura*: applicazione d'una maschera, di semi-sfere concave, di tubi anneriti, di specchi in forma di occhiali. — Occhiali di Verduc. — *Cura*: immaginata da Buffon. III, 182.

Strangolamento. Riguardato da Quesnay come la causa più frequente della gangrena dei membri. — Cosa egli intende con questo nome. — Quest'opinione discussa e confutata dall'autore. — È cagionato dall'ingorgo iflammatorio. I, 52.

Strangolata (*ernia*). *Ved.* Ernie.

Stranguria. *Ved.* Ritenzion d'orina.

Stranieri (*corpi*). Tutte le sostanze nocive introdotte accidentalmente, o sviluppate nel corpo umano. — Sono liquidi, o solidi. — I liquidi che si formano entro il corpo diventano corpi estranei. 1.° aumentando in quantità: 2.° cambiando di posto: 3.° ristagnando nei ricettacoli, che sono loro destinati: 4.° cangiando natura, e convertendosi in grazia d'un principio vitale depravato, in una materia particolare. — I corpi estranei solidi, che si formano entro il corpo sono animati, o inanimati: i primi comprendono le diverse specie di vermi, le idatidi; i secondi derivano dalle parti solide del corpo, ovvero si formano nei visceri cavi che servono di recipienti a un fluido qualunque. — I corpi estranei, che vengono dal di fuori possono entrare per i meati naturali, o per delle aperture, che fanno eglino stessi. III, 42.

Stravaso purulento. Distinto dagli ascessi. I, 86. — Sopraggiunto al petto in seguito d'un ascesso assillare. 90.

Strumenti. Si dividono in naturali e in artificiali. — Li strumenti naturali sono le mani del chirurgo e in gene-

rale tutte le parti del suo corpo che possono servirgli a praticare un' operazione. — Li strumenti artificiali sono i mezzi meccanici ai quali si ha ricorso, quando le mani non bastano. — Il maggior numero è di ferro e d' acciaio. — L' oro, l' argento, il piombo e varie altre materie servono pure alla loro confezione. — Si distinguono in quelli che servono a preparare gli apparecchi, in quelli che servono a praticare le operazioni e in quelli che servono alle medicature. — Gl' istrumenti con cui si preparano gli apparecchi sono le forbici, le spatule, gli aghi. ec. ec. — Quelli che s'adoprano per le medicature sono le pinzette, li specilli ec. — Gli stromenti che servono ad eseguire le operazioni si dividono in comuni e in propri. — Gli stromenti comuni s' usano in molte operazioni; gl' istromenti propri non servono che ad una sola operazione. I, 18.

Stuelli. Si compongono di fila lunghe addossate l' une all' altre, e legate nel mezzo con un filo. — Servono per tenere aperta una ferita che ha molta tendenza a richiudersi. I, 24.

Stupore. Effetto della commozione prodotta dalle ferite d' arme a fuoco. — Varia secondo certe circostanze. — Termina sovente colla gangrena della parte e colla morte del malato. — È il veleno che gli antichi attribuivano alle ferite d' arme a fuoco. I, 187.

Sugo nutritizio. Consolida le cicatrici delle ferite che suppurano. — Trovasi in tutte le nostre parti. — La sua formazione consegue allo scolo marcioso. I, 159.

Suppurazione. Sua definizione. — Sue varietà. — Suo *Prognostico*. — Sua *diagnosi*. — Teoria sulla sua formazione. I, 18. — Abbondantissima nelle bruciature del secondo grado. 131.

Suppurazione (*delle ferite*). Conseguenza dell' infiammazione. — *Febbre* di suppurazione; epoca in cui si manifesta. — Caratteri della suppurazione alle differenti epoche delle ferite. — Ell'è sempre in rapporto diretto con lo stato dei bottoni carnosi. I, 134.

Suppurazione (*soppressione della*). Uno degli accidenti consecutivi delle ferite. — Suoi caratteri. — È stata chiamata riflusso della suppurazione. — Può aver luogo in tutte le epoche delle ferite. Accade il più ordinariamente quando le ferite sono molto vicine alla guarigione. — Gli accidenti che l'accompagnano sono piuttosto la causa che l'effetto della soppressione. — Dipende talvolta da una febbre essenziale, da una irritazione stabilita alla superficie della piaga. — *Cura:* generale, locale, antiflogistica. I, 192.

Sutura. Mezzo di riunione delle ferite semplici. — Praticata troppo spesso in addietro. — È una causa d'irritazione violenta per le parti. Non deve esser mai usata che nel caso in cui ogni altro mezzo è interdetto. — Aumenta la divaricazione delle ferite dei muscoli e lacera quest'organi. — È stata quasi del tutto abbandonata dai chirurghi moderni. — Casi in cui conviene impiegarla. I, 137.

Sutura. Uno dei mezzi di praticare la riunione delle parti divise. — È contentiva, soppressiva o unitiva. — La sutura unitiva è la sola impiegata ai giorni nostri. — Sutura attorcigliata incavigliata, sutura del pellicciaio, sutura a punti passati, a ansa, sutura interrotta o a punti staccati. I, 31.

Sutura *a punti staccati*. S' adopra soprattutto per la riunione delle ferite semplici dei membri e della maggior parte dell'altre parti del corpo. — L'apparecchio necessario per praticare questa sutura si compone d'uno o più aghi curvi, di filo, di fila, di pezzette e di una fascia. — Forma degli aghi che più conviene adoprare; maniera di tenere l'ago e di condurre il filo. — Medicatura della ferita dopo questa sutura. I, 31.

T

Taffetta' d' inghilterra. È un eccellente agglutinativo. — Non può servire che per le ferite poco estese. I, 135.

Tamponamento. *Ved.* Zaffo.

Taste. Si compongono con delle fila lunghe riunite insieme che si ripiegano dopo averle legate nel mezzo con un

filo. — Servono per tenere disposte le labbra delle ferite o per dilatare un'apertura naturale ristretta. I, 26.

Taxis. Operazione che consiste nel respingere colla mano i visceri che costituiscono l'ernia. — Situazione in cui dev'esser collocato l'infermo. — Manuvre differenti del chirurgo secondo le diverse specie d'ernia. I, 131.

Temperatura. Modifica il corso e l'intensità dell'infiammazione. I, 14.

Temporale (*aneurisma dell'arteria*). È stato osservato di rado. — Dovrà esser trattato colla compressione. I. 312.

Tendini. Distinzione da farsi tra i tendini rapporto alla loro facilità ad infiammarsi. Non s' infiammano quando sono stati spogliati del loro tessuto cellulare. I, 9. — Gli ascessi situati nei loro contorni devono essere aperti prontissimamente. I, 49. — Aderiscono spesso alle cicatrici delle bruciature. 126.

Tendini (*rottura dei*). S'effettua solo negli sforzi estremamente violenti di contrazione. — Meccanismo di questa rottura. II, 451 e seg. — *Rottura del tendine d'Achille*. — È l'effetto d'una contrazione forzata e subitanea delle fibre dei muscoli gemelli e solare. 451. — Le circostanze in cui le contrazioni dei muscoli sono assai forti per rompere questo tendine non sono sempre le stesse. 451. — Questa rottura ha luogo ordinariamente alla parte media del tendine. 452. — *Segni* con cui si manifesta nel momento e dopo l'accidente. 452. — La diagnosi è sempre estremamente facile a motivo della poca profondità delle parti. 452. — La rottura del tendine d'Achille non è quasi mai accompagnata da accidenti che possano farla riguardare come una malattia grave. 453. — Lo scopo del chirurgo nella rottura dei tendini è di ravvicinare, di raffrontare gli estremi divisi, e di mantenerli in questo stato fintantochè la natura non gli abbia riuniti e consolidati; apparecchi e fasciature usitate per ottener quest' intento; fasciatura di Gio. L. Petit, di Monro. 454. — Istessa cura nel caso di ferita di questo tendine. 459. — — *Rottura del tendine del plantar gracile*. Questa malattia è volgarmente conosciuta sotto il nome di colpo di frusta. 461. — Sintomi particolari a questa rottura. 461. — La cura consiste nel fare stare il malato in riposo per un mese o sei settimane tenendo un poco flessa la gamba. 461. — *Rottura del tendine dei muscoli estensori della gamba*. La rottura di questo tendine è stata assai di frequente osservata; essa è il più delle volte il resultato d'una forte contrazione muscolare. 464. — Quest'accidente non è mai molto grave; può anco guarire senza claudicazione. 464. — L'indicazione curativa consiste nel mettere a contatto le parti divise e nel mantenervele pel tempo necessario alla loro consolidazione: si sodisfa a questa indicazione colla situazione del membro, e colla fasciatura unitiva delle ferite in traverso. 464.

Tenta. La tenta che serve ad esplorare i corpi stranieri nelle ferite d'arme a fuoco dev'essere d'un grosso calibro. I, 29.

Terra (*argillosa*, cimollee *dei coltellinai*). Considerata come un ripercussivo. I, 20.

Tessuto cellulare. È la sede speciale dell'infiammazione in tutti gli organi. I, 8.

Testa (*ferite della*). *Da istrumento pungente che interessa le sole parti molli esterne*. — Possono essere limitate alla pelle o estendersi fino all' aponevrosi del cranio, ed anco fino alla teca ossea. — Sono semplici e complicate. — Semplici non esigono altra cura che l'applicazione di qualche risolvente. — Possono complicarsi di emoragia o di infiammazione. — L'emoragia non può dare inquietudine. — L' infiammazione si manifesta talvolta verso il quarto o quinto giorno, e assume tutti i caratteri dell'erisipela. — Quest' infiammazione è stata attribuita da certi autori alla lesione del muscolo occipito-frontale. — *Cura*: antiflogistici, incisione della ferita. III, 2.

Testa (*ferite della*). *Ferite delle parti molli esterne della testa prodotte da strumenti taglienti*. — Possono limitarsi alla pelle o estendersi fino al pericranio. — Sono semplici o complicate. — Ferite semplici senza pericolo, debbono esser riunite immediatamente. — Complicazione di emorragia: poco pericolosa, la compressione

sarà tentata. — Complicazione di infiammazione. — Erisipela della cute capillata. — *Cura*: antiflogistici topici ammollienti. III, 3.

Testa (*ferite della*). *Da strumenti contundenti limitate alle parti molli.* — Rilievi formati dal sangue stravasato. — Possono imporne per una depressione del cranio, o per dei tumori sanguigni. — Le ferite contuse sono semplici o complicate. — Semplici devono esser trattate come le ferite prodotte da strumenti di taglio. — Se vi è complicanza di infiammazione, antiflogistici, topici ammollienti, apertura degli ascessi della cute capillata. III, 3.

Testa (*tumori della*). *Ved.* Lupie, dura madre, encefalocele, idrocefalo, idrorachitide.

Testicoli (*malattie dei*). Le principali malattie dei testicoli sono le ferite, l' infiammazione, l'atrofia, l'ingorgo cronico, il sarcocele. V, 83.

Testicoli (*ferite dei*). La diagnosi di queste ferite è facile. V, 83. — Queste ferite sono quasi sempre seguitate da infiammazione, che può portare alla perdita di queste glandule. 84. — In queste ferite l' oggetto importante è di prevenire l' ingorgo inflammattorio. — La medicatura della ferita stessa non differisce da quella dell' altre ferite. 85.

Testicoli (*infiammazione dei*). Può occupare i due testicoli ad un tempo o successsivamente, ovvero esser limitata ad un solo. V, 85. — Esame delle cause prossime e remote di questa flemmasia. 85. — Essa ha ordinariamente un corso rapidissimo e può terminare colla risoluzione, colla suppurazione, coll' indurimento, talvolta per metastasi, di rado per gangrena. 86. — *Cura* locale e generale. 86. — Oltre i mezzi che convengono a tutte le infiammazioni avvene taluni che hanno rapporto alla causa morbifica particolare della malattia. 86. — Precetto di non applicare dei risolventi su i testicoli infiammati. 86. — *Sintomi e cura* della terminazione dell' orchitide per suppurazione. 87. — Ascessi e fistole del testicolo. 87. — La terminazione per induramento si osserva assai di frequente; mezzo di prevenirla. 88. — Metodo preservativo e curativo della terminazione per gangrena. 88.

Testicoli (*atrofia dei*). Esame delle cause che possono produrre questa malattia. 89. — L' infiammazione del testicolo è la causa più frequente della di lui atrofia. V, 89. — Non si conosce alcun mezzo acconcio ad arrestare i progressi di quest' affezione. 89.

Testicoli (*ingorgo cronico dei*). Presenta tutte le apparenze esteriori del sarcocele; ma ne differisce in quantochè è suscettibile di risoluzione. V, 90. — Quest' ingorgo può esser limitato ad un testicolo o attaccare i due organi ad un tempo. 90. — Esame delle cause che possono produrlo. 90. — Sintomi di quest' infermità. 90. — *Diagnosi differenziale* fra il sarcocele e l' ingorgo cronico dei testicoli. 91. — I rimedi esterni sono tolti dalla classe dei risolutivi e da quella dei fondenti; cautele da osservarsi nell' applicazione di questi rimedi. 91. — L' impiego dei rimedi interni è subordinato alla causa della malattia. 92. — Quando l' infiammazinne cronica del testicolo ha resistito a tutti i soccorsi dell'arte bisogna fare l' estirpazione dell' organo. 92.

Testicolo (*cancro del*) *o sarcocele*. Ingorgo scirroso o canceroso del testicolo. V, 93. — Un gran numero di malattie differenti è stato confuso sotto questa denominazione. 93. — Il sarcocele è molto meno comune negli uomini del cancro delle mammelle nelle donne; non ha mai luogo nell' infanzia. 93. — Esame critico delle diverse cause che possono predisporre alla malattia o risvegliarla. 93. — I sintomi ne sono svariati all' estremo, descrizione dei sintomi locali e generali. 94. — Il volume del sarcocele varia molto. 94. — Il sarcocele lascia talvolta al testicolo il suo volume naturale, altre volte produce l'atrofia completa di quest' organo. 94. — Il testicolo non degenera in tessuto scirroso se non quando il sarcocele è di già avanzatissimo. 95. — Lo sviluppo, i sintomi e il corso del sarcocele presentano molte varietà. 95. — Propagazione della malattia al cordone spermatico e alle glandule addominali. 96. — L' affezione scirrosa del testicolo produce spesso un idrocele. 96. — Descrizione di una malattia analoga

degli ovai. 97. — Lesioni anatomiche riscontrate all' autossia cadaverica di quelli che soccombono al sarcocele. 97. — La *diagnosi* del sarcocele presenta raramente delle difficoltà. — *Diagnosi* differenziale. 98. — La *prognosi* è sempre estremamente infausta, la guarigione non si può ottenere che con l'ablazione del tumore e spesso anco questa risorsa è inutile. 98. — Ogni volta che il cordone spermatico è scirroso fino all'anulo inguinale, non si deve tentare l'operazione. — *Segni* ai quali si conosce la degenerazione del cordone. 99. — Quando la cachessia cancerosa è già stabilita, bisogna astenersi dall'operazione. 101. — Strumenti necessari per praticare la castrazione: processo operatorio. 101. — Modo di medicatura consecutiva all'operazione. 104. — Il processo operatorio dev'essere modificato secondo la forma, l'estensione del tumore. 104. — L'operazione della castrazione, per quel che ha rapporto alla sezione del cordone e ai mezzi acconci ad arrestare l'emoragia dell'arterie spermatiche ha subito dei numerosi cambiamenti. 105. — Fra i mezzi di cui si può fare uso per frenare l'emoragia dell'arteria spermatica, la legatura è quello che è stato il più generalmente adottato; modo di procedere a questa allacciatura. 105. In qualunque maniera si ponga il filo della legatura, essa dà luogo a degli accidenti estremamente gravi. 106. — Metodi di Ledran, di Pouteau, per impedire l'emoragia. 106. — *Cura*: e medicature dopo la castrazione. 107. — La castrazione è una operazione poco grave in se stessa che lo diviene tal fiata per gli accidenti che possono complicarle. 107. — Allacciare i vasi, se comparisce dell'emoragia. 107. — Antiflogistici locali e generali per opporsi all'infiammazione che succede talvolta all'operazione. 108. — La peritonite non sopravviene che di rado dopo la castrazione. 108. — Il tetano s'osserva assai frequentemente; è sempre mortale. 108. — La malattia recidiva quasi sempre. 108. — L'epoca in cui questa malattia si riproduce varia molto, e la recidiva è alcune fiate rapidissima. 109. — Sintomi generali che indicano la riproduzione dei tumori scirrosi nello addome 109.

TETANO. È la più grave di tutte le complicazioni delle ferite. — Definizione. — Ha ricevuto il nome di *traumatico* quando è occasionato da una ferita. — *Trisma*. — *Tetano tonico*. — *Opistotono*. — *Emprostotono*. — S'osserva in tutti i climi. — Più frequente nei paesi caldi. I, 164.

TETANO TRAUMATICO. Assale più o meno sovente i vulnerati secondo la loro età, il loro sesso, vigore e il clima. — Si affaccia talvolta nell'istante stesso della ferita, per lo più qualche giorno dopo. *Cause*: si dichiara talvolta bruscamente; d'ordinario si sviluppa progressivamente. — *Sintomi*: rigidità successiva di tutti i muscoli del corpo; dolori violenti, convulsioni. — È accompagnato da poca febbre. — Non suscita sintomi gastrici. — È quasi sempre mortale. — Fa perire per l'ordinario il malato prima del quarto giorno. — Non si dissipa che molto lentamente, quando guarisce. — *Cura*: oppio: maniera d'amministrarlo, lassativi, antispasmodici, muschio, canfora, ammoniaca, salasso, bagni tepidi, bagni freddi, mercurio; fomentazioni oleose, stabbio, bagni alcalini. — Incisioni. — Amputazione. — Storie di malattie. I, 165.

THEDEN. Ha sanato un aneurisma varicoso coll'uso della fascia compressiva. I, 292.

THOMASSIN. Inventore del cucchiaio tirapalle. — *Ved.* Cucchiaio. — Inventore del tira-palle. (*Ved.* questo nome). — Cita un'osservazione ben atta a provare il contagio della pustula maligna. I, 279. — Cita altri fatti per provare che il virus carbonchiale applicato all'interno non è contagioso. 280.

TIBIA (*frattura della*). S'osserva assai spesso. — È quasi sempre trasversale. — Ha luogo direttamente, o per controcolpo. — Lo spostamento è quasi nullo. — *Diagnosi*: facile; impossibilità di camminare, pastosità del membro al livello della frattura, ineguaglianze sulla cresta della tibia, crepitazione oscura. — *Prognostico* poco grave. — Istessa *cura* della frattura delle gambe. (*Ved.* Gamba). Consolidazione rapida. II, 118.

Tibia (*lussazioni della*). Possono aver luogo inavanti indietro, indentro e infuori. — Possono essere complete, o incomplete; le prime sono estremamente rare. — La lussazione primitiva indietro non è stata mai osservata. — La lussazione inavanti è estremamente difficile, perchè essa suppone la lacerazione di tutti i ligamenti, e dei muscoli e dei tendini che avvicinano l'articolazione; le lussazioni laterali indentro e infuori sono più frequenti, più facili dell'altre. — *Cause*: violenza estrema esercitata sulla tibia, stando fermo il femore. — *Segni diagnostici*: lussazione in avanti, mobilità estrema dell'articolazione, risalto enorme della tibia e del femore. — Lussazione laterale, estremità superiore della tibia formante un tumore al di sotto dell'uno, o dell'altro dei condili del femore; deviazione della rotula nel senso della lussazione. — *Prognostico*: sempre infaustissimo. — L'amputazione della coscia è sovente necessaria, quando la lussazione è completa. — *Cura*: la riduzione è sempre facile; essa si pratica respingendo i due ossi lussati in senso contrario, quando l'estensione è sufficiente. — Fasciatura circolare, cuscini per prevenire la recidiva. — Combattere con energia gli accidenti inflammatori che si sviluppano sempre. IV, 325.

Tibiali posteriore e anteriore (*aneurisma dell'arterie*). — È raramente vero, o spontaneo. — È quasi sempre prodotto da una causa esterna. — *Diagnosi*: difficilissima. — Non dev'essere curato che con l'operazione fatta secondo il metodo antico. I, 101.

Timpano (*malattie delle ossa del*). La membrana che riveste la cassa del timpano può infiammarsi. — Quando l'infiammazione è leggera, e quando occupa la sola cavità del tamburo, cagiona un dolore sordo e profondo, un sentimento di tensione e qualche tinnito. — Quando l'infiammazione è più violenta, ed estendesi fino alla tromba, il dolore e gli accidenti sono molto più gravi. — Questa malattia può terminare per risoluzione, o per suppurazione. — Quando esiste un ascesso nella cassa del tamburo si apre piuttosto dalla parte del condotto auditivo esterno, che dalla parte del condotto auditivo interno. — *Cura*: antiflogistici energici, instillazioni di liquidi ammollienti nell'orecchio prima della suppurazione; quando questa è stabilita si fanno dell'iniezioni detersive. — Il pus contenuto nella cavità del timpano può venire da un ascesso formato nell'apofisi mastoidea. III, 199.

Timpano (*malattie della membrana del*). Questa membrana puo esser forata o da corpi stranieri introdotti nel condotto auditivo esterno, o dalla compressione dell' aria introdotta per la tromba di Eustachio, o dalla violenza del suono o dalla suppurazione. — Il più spesso è l'accumulamento del cerume, che infiamma, e fora questa membrana. — Altre volte questa lesione deriva dal distacco del manico del martello. — L'udito può esser conservato ancora, se l' apertura è piccolissima. — Esso è ordinariamente perduto, se la membrana è largamente distrutta. III, 104.

Tirapalle. Istrumento di chirurgia atto ad estrarre le palle incassate nella sostanza degli ossi. — Inventato da Thomassin. — Descrizione di quest' istrumento. — Aggiunta fattavi da Percy. — Maniera di servirsene. — Non può agire, che sulle palle di piombo. I, 119.

Tise laringea. *Ved.* Laringea.

Tonici. Consigliati all'interno nel caso di delitescenza dell'infiammazione. I, 25. — Commendati nel corso delle infiammazioni gangrenose. 102.

Tonico (*tetano*). Nome, che ha ricevuto il tetano, quando la contrazione spasmodica si estende a tutti i membri del corpo. I, 174.

Tonsille (*ingorgo cronico delle*). È stata nominata impropriamente tumefazione scirrosa. È l'effetto di un' infiammazione cronica della gola. — È più frequente nei bambini, e nei giovani, che negli adulti e nei vecchi. III, 331 e seg. — *Segni diagnostici della malattia*. 332. — Le scarificazioni hanno riuscito talvolta, ma sono il più spesso insufficienti. 332. — La legatura proposta da vari autori non può essere adoprata, che nel caso in cui la tonsilla è sostenuta da uno stretto peduncolo. 332. — I caustici sono stati impiegati talvolta con successo; ma la loro applicazione è incomoda,

difficile, dolorosa, e può avere dei grandi inconvenienti; maniera di usarli. 332. — Cauterio attuale, suoi vantaggi, suoi inconvenienti, mezzi di portarlo sulle tonsille. 333. — La recisione delle tonsille è il mezzo più sicuro, il più pronto, e il più efficace contro l'ingorgo cronico di queste glandule; può esser fatta o col bisturino, o colle cisoie; coltello immaginato da Caquet: dall' autore: descrizione ed uso della pinzetta di Museux per afferrare la tonsilla tumefatta. 333. — Maniera di impiegare le cisoie, e il bisturino, descrizione dei diversi processi operatorii usitati per l'ablazione di queste glandule. 335. — Emoragia: suo poco pericolo, mezzi di arrestarla se diventasse incomoda. 336. — Prevenire, e combattere la flogosi, che consegue di ordinario all' operazione. — Estrazione dei calcoli, che si formano talvolta nella spessezza delle tonsille, e la di cui presenza dà luogo all' ingorgo scirroso di queste glandule. 336.

Topici. Grassi, e resinosi devono esser messi in bando dalla cura delle piaghe minacciate di gangrena. I, 192.

Torcicollo. Curvatura, o inclinazione permanente della testa verso l'una o l'altra spalla. — Riconosce un gran numero di cause. IV, 18. — Il torcicollo cagionato dalla lussazione delle vertebre cervicali, o dall'ingrossamento loro ineguale è onninamente irrimediabile. (*Ved.* lussazione del collo). — Le bruciature del collo cicatrizzandosi producono parimente questa malattia; si deve allora attaccarla tagliando le briglie che ostano ai movimenti. 18. — (*Ved.* Bruciatura.). — Il reumatismo dei muscoli del collo, la loro paralisi, o la loro convulsione, quella dello sterno-mastoideo in particolare sono le malattie, che determinano il più sovente l'inclinazione laterale della testa. — *Diagnosi* differenziale di queste forme di torcicolli. — *Durata e prognostico* della malattia; variabilissimi secondo le cause che l'hanno prodotto. 19. — *Cura* del torcicollo reumatico; diaforetici, topici ammollienti. — *Cura* del torcicollo causato dalla convulsione dei muscoli del collo; uso interno ed esterno dei dolcificanti, degli antispasmodici e dei narcotici. 19. — Quando il torcicollo è il resultato della paralisi, si aggiunge ai mezzi impiegati contro la paralisia in generale l'uso dei topici irritanti sulla regione malata. — Sezione dei muscoli consigliata nel caso di paralisi, o di convulsione, permanente, e irrimediabile. — Vantaggi inconvenienti di questo modo di procedere. — Maniera di praticare l'operazione. 21.

Tornaquette. *Ved.* Verrocchio.

Trachea arteria (*corpi stranieri nella*). Gli uni vengono dall' esterno, gli altri si sviluppano nella laringe, o nella trachea arteria. IV, 32. — *Segni*, da cui si riconosce la presenza di un corpo estraneo nella trachea arteria ricavati dai caratteri della tosse, della respirazione, dell' enfisema. 33. — La presenza di questi corpi nelle vie aeree induce quasi costantemente la morte, quando l'arte non le ne libera; possono talvolta restare lungo tempo nella trachea. 33. — Broncotomia; casi in cui debbe essere praticata, sua opportunità, suoi inconvenienti. 35. — Descrizione dell' operazione. 37. — *Ved.* Broncotomia.

Trapanazione. È impiegata per estrarre le palle talmente incastrate nella sostanza dell' ossa, che il tira-palle non possa levarle. I, 201.

Trapano (*operazione del*). Consiste nel fare un' apertura al cranio, con una specie di sega circolare, che si chiama corona del trapano, per dare esito ad un liquido stravasato, rialzare un pezzo d' osso depresso, estrarre un corpo straniero. — L' apparecchio necessario per questa operazione si compone di strumenti, di fila, di pezzette, e di fascie. — Descrizione, ed usi degli stromenti, che entrano nella composizione d' un trapano completo; trefine, trapano perforativo, esfoliativo, corone con piramidi, albero del trapano, tirafondi, coltello lenticolare, elevatore, meningofilace, spazzolino, tenaglie incisive, forbici, scalpello, maglio di piombo sega a cresta di gallo. III, 32. — Maniera d' opporsi all' ernia del cervello. — Modo di cicatrizzazione delle ferite del cranio. — Callotte usate per resistere alla pressione dei corpi estranei sulla cicatrice. 36.

Traverse. Guarì un tumore fungoso del-

l' orbita colla legatura della carotide primitiva. I, 315.

Trichiasi. Malattia, in cui le ciglia dirette contro il globo dell' occhio l' irritano per una frequente confricazione, e un contatto continuo. — È di due specie, una in cui le ciglia sono rovesciate indentro, senza che la cartilagine tarso abbia perduto la sua direzione naturale; l' altra, in cui la cattiva direzione delle ciglia dipende dal rivolgimento della cartilagine; la prima è rarissima, la seconda comunissima. — *Cause*: cicatrici dell'ulcere palpebrali. — *Sintomi*: rovesciamento indentro della palpebra, infiammazione susseguente della congiuntiva. — *Cura* della seconda specie del trichiasi; ablazione d'una parte della pelle della palpebra rovesciata. — Maniera di praticare quest' operazione. — *Cura* della seconda specie; avulsione delle ciglia. III, 180.

Trisma. Nome dato al tetano, in cui la contrazione spasmodica è limitata ai muscoli della mascella. I, 211. — È il segno patognomico del tetano. I, 189.

Trocisco (*di minio*). Introdotto nelle ferite di punta per disorganizzare i nervi feriti. I, 182.

Tromba dell' Eustachio (*malattie della*). L' ostruzione di questo condotto è ordinariamente causata dall'infiammazione della gola, e del naso. — Questo condotto può mancare o essere obliterato per vizio di conformazione, ovvero essere distrutto da un' ulcera sifilitica. — Si fa cessare questa obliterazione distruggendo le cause, che hanno dato luogo alla malattia. — Iniezioni nella tromba d' Eustachio, mezzi di pervenirvi, strumenti immaginati per questo oggetto. — Perforazione del timpano, proposta e praticata da Astley Cooper per guarire la sordità proveniente dall' ostruzione della tromba eustachiana; circostanze, in cui quest' operazione è contrindicata. — Perforazione dell'apofise mastoidea proposta per lo stesso fine: condannata dall' Autore. III, 192 e seg.

Tumefazione. Esiste costantemente nelle infiammazioni. — È proporzionata all' intensità della malattia, alla natura del tessuto. — Varia nel suo aspetto. I, 15.

Tumori. Definizione. — Presentano una moltitudine di differenze relative alla loro sede, agli organi, che interessano, alla loro causa materiale. — Si distinguono in tumori formati dai corpi estranei, dalla trasposizione delle parti solide, e in tumori umorali. — Formati dal chilo. — Formati dal sangue infiltrato nel tessuto cellulare o dalla sua effusione nelle cavità. — Formati dalla ritenzione delle secrezioni, o delle escrezioni. I, 274.

Tumori fungosi dell' articolazioni. *Ved.* Tumori bianchi.

Tumori bianchi dell' articolazioni. Possono attaccare tutte le articolazioni, ma s'osservano più frequentemente nelle ginglimoidali, che nelle orbicolari. — Si manifestano in tutti i periodi della vita, ma sono più frequenti nell' infanzia, e nella adolescenza che nella virilità, e nella vecchiaia. III, 379. — *Cause*: sono esterne, o interne. — *Cause esterne*, lesioni fisiche dell' articolazioni; queste cause sono piuttosto occasionali. — *Cause interne*: — i vizi reumatico, scrofoloso, scorbutico, venereo, la materia morbosa d' una febbre qualunque; la soppressione d' un flusso abituale; la ripercussione degli erpeti, della rogna. — I vizi reumatico, e scrofoloso sono la più frequente di tutte le cause. 383. — *Segni diagnostici*. — Prodromi: dolore più, o meno vivo nell' articolazione, ora superficiale, ora profondo, e circoscritto, ora graduato, ora vivo, e subitaneo. — Tumefazione limitata il più d' ordinario a una parte più o meno profonda dell' articolazione. — Questo tumore è circoscritto, senza mobilità, più o meno duro, elastico, non conserva l' impressione del dito, offrente quando si tocca un senso oscuro di fluttuazione; dolore vivo, quando il malato vuol muovere il membro, che resta il più sovente piegato; la pelle conserva il suo color naturale. — Secondo periodo: tumefazione più considerabile; ingorgo della cavità del poplite; durezza, tension del tumore, dilatazione delle vene succutanee, atrofia dei membri, ingorgo delle glandule linfatiche, carie degli ossi, ascessi, fistole, febbre etica, diarrea colliquativa, morte. 383. — *Anatomia patologica*. Quando il tumore ha avuto la sua sede primitiva fuori dell'articolazione, i ligamenti, e

tutti i tessuti fibrosi, che concorrono a formare l'articolazione, sono infiltrati, e ripieni d'un fluido più o meno denso, e convertiti in una sostanza omogenea; l'adipe ha subito una notevole alterazione, il periostio, i nervi sono egualmente tumefatti, i muscoli sono atrofizzati, e i loro tendini retratti. — Nella specie di tumore, che ha la sua sede principalmente nell'ossa, le estremità articolari si gonfiano, e si rammolliscono; ben presto esse si cariano, e la loro sostanza si trasforma in una materia saniosa, e fetida: le cartilagini stesse finiscono coll'alterarsi, e col discioglersi: le parti molli s'alterano consecutivamente. 384 e seg. — *Prognostico*. — Il più sovente funesto. — Meno grave, quando i tumori bianchi sono cagionati dal vizio reumatico, di quando riconoscono per causa il vizio scrofoloso. — Quando sono antichi, e i tessuti già degenerati, quando la carie dell'ossa ha prodotto degli ascessi fistolosi, non resta che il praticare l'amputazione; vi sono per altro dei casi, in cui la natura ha potuto operare la guarigione. — Sono tanto più gravi, quanto più i soggetti son deboli, e cachettici. 385. — *Cura*: la cura deve essere adattata alla specie particolare della malattia, e ai suoi differenti stadi. — *Cura* dei tumori bianchi prodotti dal vizio reumatico; medela antiflogistica energica. — All'incominciare del morbo vessicanti volanti, topici ammollienti e anodini; quando lo stato infiammatorio sarà passato, s'impiegheranno i topici risolutivi, le frizioni secche, i linimenti volatili, le frizioni mercuriali. 385. *Cura* dei tumori bianchi scrofolosi. — Sul muovere dell'affezione topici narcotici, e ripercussivi, emissari; medicamenti antiscrofolosi. — Più tardi cauterio attuale, moxa, topici acri, e irritanti. — Vantaggi delle doccie d'acqua calda naturale, o minerale. — Gli emissari non sono sembrati punto efficaci all'autore in un'epoca avanzata del male. — La cauterizzazione sarà impiegata con successo nella cura dei tumori bianchi reumatici, o in quelli, che dipendono da una metastasi, o da una emoragia; non può convenire nei tumori bianchi scrofolosi. — Metodo per la cauterizzazione, precetti di Percy a questo proposito (*Ved.* cauterizzazione). — Moxa: maniera di prepararlo, e d'applicarlo: sua opportunità, sua efficacia constatata dall'esperienze dell'autore. — Uso dei topici irritanti talvolta utilissimo facendo passare una malattia cronica allo stato di malattia acuta. — Osservazione riportata a questo soggetto da Fabbrizio d'Acquapendente. 387. — *Cura* dell'ultimo periodo dei tumori bianchi scrofoloso, e reumatici. — Se si formano degli ascessi bisogna per quanto è possibile affidarne l'apertura alla natura, o non aprirli, che con un coltello ben stretto. — I dolori vivi saranno calmati con gli oppiati e i topici anodini. — Ricorrere all'amputazione, quando la conservazione del membro è impossibile, e quando la vita del malato è minacciata; epoca della malattia, in cui bisogna praticare l'amputazione. — Bisogna aspettare, che la malattia sia giunta al suo più alto grado, e che le forze del malato sieno considerabilmente diminuite. — L'amputazione non sarà fatta se coesistono vari altri tumori bianchi o quando gli organi interni saranno stati anche essi alterati dalla causa, che ha prodotto il tumor bianco. — Resezione dell'estremità articolari. — Casi, in cui quest'operazione può esser cimentata, maniera di praticarla. (*Ved.* Resezione dell'ossa). 393.

TUMORI EMOROIDALI. *Ved.* Emoroidi.

TUMORI (*sanguigni delle gran lebbra*). *Ved.* Gran labbra.

TUMORI (*cistici delle gran labbra*). *Ved.* Gran labbra.

TUMORI (*cancerosi delle gran labbra*). *Ved.* Gran labbra.

TUMORI (*steatomatosi delle gran labbra*). *Ved.* Gran labbra.

U

UGOLA (*ingorgo sieroso dell'*). È conosciuto volgarmente sotto il nome di abbassameuto o procidenza dell'ugola. — Si giunge ordinariamente a dissi-

parlo con dei gargarismi astringenti e risolutivi. — Recisione di quest'organo. Processo operatorio. III, 274.

Ulcere in generale. Soluzione di continuità delle parti molli più o meno antica, accompagnata da scolo di marcia, e mantenuta da un vizio locale o da una causa interna. — Possono occupare tutti i punti della superficie del corpo e principalmente l'estremità inferiori. — La loro forma è variabilissima e tanto più svantaggiosa quanto più si ravvicina alla figura circolare. — Le cause sono interne o esterne. — *Cause* interne: i differenti vizi o virus, l'età, il temperamento, la professione, il clima. — *Cause* esterne o locali: sono numerose e svariate; distacco, attenuazione della pelle, callosità, varici, fungosità, rammollimento della materia cancerosa, gangrena. — *Prognostico* variabile secondo la sede della malattia, sue complicanze, sue cause, sua antichità. — *Cura*: questione, se bisogna guarire le ulcere, risoluta affermativamente. — *Indicazione curativa*. — Distruggere la causa che mantiene le ulcere. I, 227.

Ulcere cutanee. Hanno luogo ordinariamente in seguito degli ascessi freddi, qualche fiata e di rado dietro vasti ascessi flemmonosi. — *Segni diagnostici*: soluzione di continuità circondata da una pelle bruna o violetta staccata, sottile, talvolta frastagliata irregolarmente. — *Indicazioni curative:* eccitare l'infiammazione del tessuto cellulare per operarne il distacco, compressione, quando la compressione è impraticabile, si dovrà effettuare l'intera recisione della cute staccata. — Storie di malattie ivi pertinenti. I, 231.

Ulcere (*mantenute dall'infiammazione*). S'incontrano frequentissimamente. — Non possono cicatrizzarsi finchè l'infiammazione è portata ad un grado elevatissimo. — La infiammazione riconosce per cause tutte le irritazioni risvegliate sulla superficie dell'ulcera, talvolta dei vizi o virus interni; ora l'imbarazzo gastrico, ora gli errori di regime. — *Segni* da cui si riconosce la complicanza dell'infiammazione; rossore più vivo; suppurazione sierosa, icorosa, sanguinolenta, fetida, talvolta soppressa affatto. — *Cura*: combattere le cause dell'infiammazione, dieta, antiflogistici, topici ammollienti: posizione orizzontale del membro malato. I, 233.

Ulcere gangrenose. Si osservano negl'individui di una cattiva costituzione, nei quali esiste una vera disposizione gangrenosa. — Hanno luogo in seguito di una violenta infiammazione. — Alcune fiate compariscono senza infiammazione violenta, quando esiste una causa deleteria nella economia. — Il prognostico varia secondochè la gangrena è stata eccitata dalla intensità della infiammazione o dalla malignità della causa. — *Cura* antiflogistica o tonica, secondo la causa che ha prodotta la gangrena. I, 235 e seg.

Ulcere callose. Nome dato all'ulcere, di cui il fondo, i margini e le adiacenze sono in uno stato abituale d'infiammazione cronica. — Si osservano comunemente nelle persone del volgo che trascurano troppo le loro ferite. — Sono sempre antichissime e tanto più callose, quanto più lungo tempo vi è stata mantenuta l'infiammazione cronica. — L'esercizio forzato, le varici possono fare degenerare una ferita semplice in una piaga callosa. — *Segni diagnostici*: callosità all'intorno della piaga callosa; suppurazione saniosa e fetida. — *Prognostico*; non ha alcuna cosa di grave; la guarigione è difficile ad ottenersi. — *Cura*; riposo, topici ammollienti; la compressione non possede altra efficacia che quella di prevenire le recidive. — Applicazione di un emissario prima del termine della cura. I, 236.

Ulcere *varicose*. Denominazione data alle piaghe, che sono mantenute dalla dilatazione varicosa delle vene della parte malata e dall'ingorgo linfatico a cui dà luogo questa dilatazione. — S'osservano il più comunemente agli arti addominali. — Si riconoscono con facilità alle varici e all'ingorgo che occupano il membro. — Non sono pericolose e sono anco facili a guarire. — *Metodo curativo*, compressione esercitata su tutta la periferia del membro con una fasciatura circolare o con una calza espulsiva, uso dei cerotti agglutinativi per ravvicinare i bordi della

piaga. — Nel caso di complicazione inflammatoria, bisogna prima di tutto adoprare il regime antiflogistico. I, 238.

ULCERE *fungose*. Nome dato all'ulcere sostentate dall'atonia e dal rigonfiamento dei bottoni carnosi che ne formano il fondo. — Le fungosità sono talvolta considerabili. — *Cause*, 1.° l'abuso dei topici grassi e rilascianti, 2.° uno stato di astenia generale inerente alla costituzione, 3.° una carie, la mortificazione d'un tendine, d'un aponevrosi corrispondente alla piaga. *Cura*; relativa alle cause. 1.° applicazione di topici leggermente eccitanti; stimolazione per mezzo del calorico, 2.° cura medica tonica e fortificante, 3.° combattere soltanto la carie e la necrosi. I, 240.

ULCERE *verminose*. Sono quelle in cui si notano delle larve d'insetti. — Non devono fare una classe a parte. — *Cura*: distruggere le larve e medicare come per l'ordinario. II, 290. e seg.

ULCERE *veneree*. Nome dato all'ulcere prodotte, e alimentate dal virus sifilitico. — Distinte in primitive e consecutive, — *ulceri primitive*. — Hanno ricevuto il nome *d'ulceri*. — Possono comparire in tutte le parti ove la pelle è sottile e delicata, e principalmente agli orifizi di tutte le cavità. — Modo di sviluppo; tumore pruriginoso nel luogo di contatto col virus, flitteni: ulcerazione; ingorgo delle glandule linfatiche corrispondenti. — Segni diagnostici: forma rotonda, fondo grigiastro, margini rossi, rovesciati e tagliati perpendicolarmente sull'area ulcerata. — *Cura* locale. — Ablazione della parte della cute che è la sede dell'ulcera, cauterizzazione, questi espedienti espongono a degli accidenti consecutivi gravi: topici ammollienti secondati da una cura generale. — *Cura* generale: frizioni mercuriali, sublimato corrosivo, maniera d'amministrare questi medicamenti. II, 291. e seg. *Ulcere veneree consecutive*. — Si manifestano dopo un tempo più o meno lungo dall'epoca dell'infezione. — Si sviluppano sulle parti in cui la pelle è poco distante dagli ossi, al velo pendulo del palato ec. — Sono superficiali e non oltrepassano i tegumenti. — *Segni diagnostici* dedotti in parte dalle circostanze commemorative, dalla loro forma e dalla riuscita della cura mercuriale locale. — *Cura* mercuriale generale e completa. I, 243.

ULCERE SCROFOLOSE. Dipendono dal vizio scrofoloso. — Possono affacciarsi in tutte le parti del corpo: s'osservano soprattutto intorno alle glandule linfatiche e alle articolazioni. — Sono ora limitate alla superficie della pelle, ora al tessuto cellulare succutaneo, ora alle glandule linfatiche. — Segni diagnostici tratti dalla coesistenza della costituzione scrofolosa, dal carattere freddo dell'ascesso (*Ved.* Ascessi freddi). — *Prognostico*: la guarigione è estremamente difficile e s'opera talvolta spontaneamente all'epoca della pubertà. — *Cura* generale: abitazione in un luogo asciutto ed elevato, vesti calde, dieta animale: medicamenti tonici fortificanti; antiscorbutici. — Bagni freddi, bagni di mare. — *Cura* locale è ordinariamente insufficiente; non levare le croste che ricuoprono le ulcere; applicazioni d'empiastri; bagni alcalini, doccie idrosulfuree, cateretici, amputazione del membro nel caso che una abbondante suppurazione promossa dalla carie scrofolosa d'un osso gettasse il malato nel marasmo. I, 242.

ULCERE *erpetiche*. Sono prodotte o mantenute da un'affezione erpetica. — *Prognostico*. — *Cura* generale, locale. — *Ved.* Vizio erpetico. I, 244.

ULCERE *scorbutiche*. Sono uno dei sintomi con cui si palesa lo scorbuto. — *Diagnosi*: basata su i caratteri generali dell'affezione scorbutica, sull'aspetto nerastro, fungoso dell'ulcera che fornisce invece di marcia una sanie putrida e sanguinolenta. — *Cura*: dev'essere intieramente medica; vegetabili acidi, alimenti di facile digestione; bevande amare, toniche. — *Cura* locale, stirace, balsamo d'Arceo. I, 246.

UMERO (*fratture del corpo dell'*). Hanno luogo su tutti i punti della lunghezza dell'osso. — Possono essere trasversali, oblique, comminutive, semplici e complicate. — Hanno luogo direttamente o per controcolpo. — Lo spostamento s'osserva sempre, ma varia secondo il sito e la direzione della frattura. — *Diagnosi*: dolore, impo-

tenza, deformità, mobilità dei frammenti, crepitazione. — *Prognostico*: è generalmente poco grave a meno che la frattura non abbia luogo in prossimità dell'articolazione del cubito. — *Cura*: riduzione dell'ossa fratturate. — Applicazione di tre o quattro ferule che si fissano con dei giri di fascia. — Cambiare l'apparecchio tutti i sette o otto giorni; levarlo al quarantesimo quinto o al cinquantesimo giorno e sostituirvi una fasciatura circolare. *Cura* della frattura dell'estremità inferiore dell'osso: il braccio è sostenuto nella semiflessione e s'applica una ferola anteriore e una posteriore di cartone bagnato che si fermano con numerosi giri di fascia. II, 65.

Umero (*frattura del collo dell'*). Non può esser prodotta che da una causa immediata. — Lo spostamento esiste sempre ma non è mai portato tant'oltre da far sì che i frammenti cessino di stare a contatto. — *Diagnosi*, difficile, segni comuni e differenziali di questa frattura o della lussazione. — *Prognostico* tristo in generale. — La consolidazione è difficilissima ad ottenersi, quando la frattura ha la sua sede al di sopra della tuberosità. — *Cura*: la riduzione è ordinariamente facile, ma è difficile di mantenere le parti a contatto. — Fasciatura di Moscati preferibile a quelle impiegate prima di lui, sua descrizione, maniera d'applicarla. — Apparecchio di Ledran. — Mezzi contentivi proposti dall'autore. II, 72.

Umero (*Lussazioni dell'*). Sono le più frequenti di tutte. — Considerazioni anatomiche che spiegano la facilità di queste lussazioni. — Le lussazioni dell'umero sono quasi sempre prodotte da una caduta, in cui il cubito essendo scostato dal corpo, appoggia su un punto solido. — La lussazione in basso è il resultato di una violenza esterna combinata con l'azione energica e subitanea dei muscoli gran pettorale, gran dorsale e gran rotondo. — *La lussazione in avanti* ha luogo quando il braccio essendo portato in addietro, quest'attitudine viene ad esser forzata da una violenza esteriore. — *La lussazione in addietro* pare impossibile, a meno che non vi sia disposizione viziosa delle faccie articolari: — *La lussazione in alto* che non è stata mai osservata, non può aver luogo senza una frattura simultanea dell'acromio, dell'apofisi coracoide e dell'estremità corrispondente della clavicola. — Nella lussazione dell'umero, la cassula articolare è sempre più o meno lacerata e i muscoli circomposti respinti dalla presenza della testa dell'osso. II, 298. — *Segni delle lussazioni dell'umero*. — *Lussazione in basso*. — Il braccio è allungato, semiflesso, diretto in fuori e non è più diretto secondo l'asse della spalla; appianamento dell'apice della spalla; risalto dell'apofisi acromion; presenza della testa dell'umero nella regione ascellare; impossibilità dei movimenti spontanei del braccio. — *Lussazione indentro*. — L'appianamento della sommità della spalla non è assai sensibile che alla parte posteriore, la testa dell'umero è situata al di sotto dell'apofisi coracoide; il braccio è diretto infuori e indietro. — *Lussazione infuori*. — Il braccio è diretto in avanti e indentro; la testa dell'umero è situata al lato esterno dell'angolo anteriore dell'omoplata. — Dislogamenti consecutivi dell'umero per l'azione muscolare. — *Prognostico*: è generalmente poco grave a meno che le lussazioni non sieno complicate di contusione violenta, o di frattura. — Quando s'è negligentato di fare la riduzione, l'osso non tarda a contrarre dell'aderenze colle parti molli circumambienti e si forma una nuova articolazione che permette pochissimi movimenti al membro. 303. — *Cura*. — In tutte le sorte di lussazioni dell'umero, si dovrà praticare l'estensione e contrestensione. — I metodi antichi avevano tutti per scopo di fare soltanto la coattazione e per questo sono nocivi. — Inconvenienti del metodo della sbarra, della puleggia, delle macchine estensive e contrestensive; l'estensione dev'essere applicata al carpo, la contrestensione dev'agire sull'omoplata in modo da impedirgli di cedere alla forza che tende ad allungare il braccio. La direzione della forza estensiva debbe dapprima approssimarsi all'attitudine che aveva il membro nel momento della lussazione. — Il braccio

non dev' essere ricondotto alla sua posizione naturale, se non quando la testa dell' umero è stata condotta dirimpetto alla cavità glenoidea. — Maniera di situare il malato, di disporre i lacci e gli aiuti. — L' estensione dev' essere fatta direttamente infuori quando la lussazione ha luogo in basso. — Indietro quando essa ha luogo indentro. — In fuori e in avanti, quand' essa ha luogo indietro. — Allorchè la lussazione è ridotta, si applica una fasciatura da corpo, per impedire i movimenti del membro. — Complicazione d' infiammazione: cura antiflogistica. — Complicazione di paralisi: cura revulsiva stimolante. — Enfisema: cura risolvente. 307.

Umor aqueo (*intorbidamento dell'*). È per l'ordinario prodotto dall'infiammazione della membrana che tappezza le due camere dell' occhio. — *Cura* diretta contro quest'infiammazione. III, 177.

Umori. Loro afflusso verso la parte irritata. I, 12. — Loro alterazione indotta dalla flogosi. 13. — Sono eglino stessi alterati dall' infiammazione. 15. — La loro alterazione rende l' emoragia più difficile ad esser frenata. 175.

Unghia (*incarnata*). Malattia in cui i bordi laterali dell' unghia agiscono sulla pelle e ne suscitano l' infiammazione e l' ulcerazione. II, 450. — Il dito grosso del piede è la sede ordinaria di questa malattia. 450. — Esame delle cause che possono dargli luogo. 450. — Sintomi e accidenti prodotti dall' unghia entrata nelle carni. 450. — I differenti mezzi proposti per la sua guarigione sono la recisione o la distruzione delle carni fungose coi caustici, la sezione e l' estrazione della porzion d' unghia che entra nella carne e l' asportazione del cercine che forma la pelle rilevandosi al di sopra dell' unghia: esame di questi differenti mezzi curativi. 451. — Vari chirurghi preferiscono l' avulsione dell' unghia, quest' operazione è rigettata dall' autore. 452.

Unghie (*sviluppo eccessivo delle*). Questo sviluppo s' osserva talvolta al dito grosso del piede nelle persone che non si tagliano mai l' unghie ai piedi. II, 452. — Quando vengono in campo degli accidenti, l' escisione dell' unghia è il solo rimedio da impiegarsi. 452.

Unguento (*della madre*). Considerato come maturativo. I, 24. — *Unguento basilico* impiegato come maturativo. 24. — *Unguento bruno.* — Consigliato per irritare la superficie delle ferite che suppurano. 148.

Unitiva (*fasciatura*). *Ved.* Fasciatura.

Ureteri (*ristringimento degli*). Quando l' orina non sgorga più o non passa, che in piccolissima quantità negli ureteri, questi condotti si ristringono spontaneamente, come tutti gli altri dutti escretori. — Varie altre cause possono indurre questo ristringimento, i calcoli, il difetto di secrezione dell'orina, l'infiammazione cronica della membrana muccosa che tappezza questi condotti, l' accumulamento delle materie fecali nei grossi intestini, un vizio di conformazione. IV, 348.

Ureteri (*dilatazione degli*). Le pareti degli ureteri sono suscettive d'una gran distensione. — Descrizione delle lesioni anatomiche trovate da parecchi autori nell' autossia cadaverica. IV, 349. — La dilatazione può aver luogo ad un tempo in più punti dell' estensione di questi condotti. — Sono sempre l' interruzione costante o spesso rinnovata del passaggio dell' orina dagli ureteri in vescica o il di lei difetto di versamento al difuori, che danno luogo alla dilatazione accidentale e contro natura di questi canali. 350. — Osservazione di dilatazione considerabile degli ureteri riferita da Chopart e Pelletan. 850. — L' amputazione dell' uretere può essere assai grande da produrre un tumore apparente all' esterno e sensibile al tatto nel tragetto di questo condotto; fatto di questo genere riportato da Desgranges. 352. — La diagnosi di questi tumori è per l' ordinario difficilissima; tumore di questo genere preso dall' autore per un ascesso per congestione. 353. — La dilatazione dell'uretere è una malattia incurabile che fa quasi sempre perire i malati. 354.

Ureteri (*spasmo e infiammazione degli*). Queste malattie sono rarissime, poco conosciute, difficili a distinguersi e non esistono forse giammai come affezioni essenziali o primitive. — Loro cause presunte; loro cura. IV, 354.

Ureteri (*calcoli fermati negli*). Queste pietre si formano di rado negli ureteri;

circostanze in cui ciò sarebbe possibile: fatto in appoggio riportato dall' autore. IV, 355. — Questi calcoli vengono quasi sempre dai reni. 355. — Lesioni anatomiche riscontrate alla necroscopia. 355. — Il più sovente l' uretere non contiene che un sol calcolo; forma e volume di questo calcolo. 355. — Gli accidenti prodotti dalla presenza delle pietre variano in ragione della forma e del volume di questi corpi estranei. 356. — La *diagnosi* è quasi sempre oscura e il *prognostico* gravissimo. 356. — L' indicazione curativa è di favorire la caduta dei calcoli nella vescica, e di combattere gl' accidenti. 356.

Uretra (*calcoli dell'*). Le pietre espulse fuori della vescica possono soffermarsi in diversi punti dell' uretra. IV, 520.

— *Pietre fermate nel collo della vescica.* La forma d' imbuto che presenta l' uretra nella sua congiunzione colla vescica è propria a favorirvi il soggiorno dei calcoli. IV, 520. — Queste pietre sono talvolta piccole, altre volte d' un certo volume; sintomi diversi secondo il volume differente dei calcoli. 520. — Operazione consigliata nel caso che un calcolo sia impegnato nel collo della vescica; processo operatorio; precauzioni particolari da prendersi dal chirurgo. 521.

— *Pietre arrestate nella porzion membranosa dell' uretra.* La parte membranosa dell' uretra, debole e molto distensibile, si presta facilmente al soggiorno dei calcoli. 521. — I calcoli non restano lungo tempo in questa parte di uretra senza prendere un nuovo aumento. 521. — Natura degli accidenti che il loro accrescimento e la loro presenza prolungata possono suscitare. 521. — La presenza di una pietra nell' uretra membranosa è facile a riconoscersi. — *Segni diagnostici.* 522. — Processo operatorio abbracciato per l' estrazione di questi calcoli. 522. — Dopo l' estrazione di questi calcoli, se uno si accorgesse che ne esistono pure nella vescica, dovrebbe continuare l'operazione come nel caso di pietra vescicale. 522. — Quest'operazione è frequentemente conseguita da una fistola orinaria incurabile. 523.

— *Pietre fermate nella porzione spugnosa dell' uretra.* La presenza di questi calcoli è sempre facile a riconoscersi. — *Segni diagnostici:* 523. — Questi calcoli sono talvolta in numero considerabile. 523. — Le indicazioni curative hanno per oggetto di favorire l' escita del calcolo per le vie naturali o di aprirgli una strada artificiale. — *Cura* proposta per adempire alla prima indicazione. 523. — Perforazione del calcolo, consigliata da vari chirurgi; pericoli di questo metodo. 524. — L' insufflazione è stata più volte praticata con successo. 524. — La sezione è stata del pari antichissimamente impiegata; questo metodo è pochissimo efficace. 524. — Strumenti diversi messi in uso per estrarre questi calcoli, cucchiaio, pinzette a morso, oncino. 524. — L' incisione è il mezzo più semplice: processo operatorio adottato dall' autore. 524 e seg. — Medicature susseguenti. 524. — L' incisione dell' uretra è ancora praticabile nel caso che un calcolo sia soffermato nella fossa navicolare. 525. — Quando la pietra occupa la porzione dell' uretra corrispondente allo scroto non si ha da ricorrere all'incisione, se non quando l'estrazione del calcolo è impossibile con un altro mezzo; processo operatorio in questa circostanza. 525. — Condotta del chirurgo nel caso in cui l' uretra è ripiena di piccoli calcoli agglutinati fra loro e in cui ne resulta una ritenzione di orina. 526.

— *Corpi stranieri impegnati nell'uretra.* Si impiegherà per estrarli i medesimi mezzi che per l'estrazione dei calcoli. 526. —

— *Calcoli soffermati nell'uretra muliebre.* È raro che nella donna i calcoli sfuggiti dalla vescica non sieno espulsi al di fuori. 526. — Il soggiorno prolungato dei calcoli nell' uretra muliebre non ha degli inconvenienti egualmente gravi che nell' uomo. 526. — La *cura* che esigono questi calcoli varia secondo gli accidenti che producono, e l' epoca, dacchè sono nell'uretra. 526. — Condotta del chirurgo nel caso in cui il calcolo è impegnato completamente o incompletamente nell' uretra. 526.

Uretra (*malattie dell'*). *Ved.* Vescica.

Uretra (*ristringimento dell'*). *Ved.* Ritenzione di orina.

Utero (*vizi di conformazione dell'*). Imperforazione. — L'imperforazione dell'utero è congenita o accidentale. — Accidenti resultanti da questa imperforazione. V, 160. — L'imperforazione accidentale non sopraggiunge mai se non dopo un parto laborioso e contro natura, dopo una infiammazione intensa delle parti. 161. — Essa può aver luogo nel tempo della gravidanza. — Casi di questo genere citati dagli autori. 161. — Condotta del chirurgo nel caso di imperforazione dell'utero all'epoca del parto. 161.

Utero (*ferite dell'*). Queste ferite sono sempre fatte da strumenti pungenti o da armi a fuoco. V, 162. — I sintomi delle ferite non sono li stessi nello stato di vacuità e nello stato di ripienezza di questo viscere. 162. — Le ferite e le contusioni dell'utero nelle donne gravide danno luogo a dei gravi accidenti. 162.

Utero (*infiammazione dell'*). Ora si limita alla membrana muccosa e costituisce il catarro uterino, ora invade il corpo della viscera e prende allora il nome di metrite. V, 163. — *Catarro uterino.* — Cause, sintomi, cura di questa malattia. 163. — *Metrite.* — È l'infiammazione del parenchima stesso della matrice e delle due membrane che la rivestono all'esterno e all'interno. 163. — Si osserva di rado prima dello stabilimento delle regole: succede spessissimo al parto. 163. — Esame delle cause predisponenti, e occasionali della malattia. 163. — Modo di invasione, sintomi locali e generali, complicazioni della metrite. 164. — *Diagnosi differenziale.* 166. — La metrite termina di rado per suppurazione. 166. — La terminazione per gangrena ha luogo dietro il puerperio. — Segni da cui si riconosce questa terminazione. 167. — Il prognostico dell'infiammazione della matrice è sempre infausto; circostanze che possono renderlo più o meno grave. 167. — *Cura* della metrite in generale, deve esser modificata secondo le circostanze in cui la metrite si è sviluppata, l'intensità dell'infiammazione, il temperamento della malata, le complicanze del morbo. 168.

Utero (*prolasso dell'*). Ha vari gradi che si dinotano coi nomi di rilasciamento, di prolasso propriamente detto, di procidenza o discesa. V, 270. — Caratteri anatomici, corso e sintomi di questi diversi gradi. 170. — La *diagnosi* non offre ordinariamente alcuna difficoltà. — La malattia non può esser confusa che con un polipo della vagina o della matrice: caratteri differenziali di queste due affezioni. 171. — Il *prognostico* nulla ha d'infausto, fuorchè nel tempo della gravidanza. 171. — La cura consiste nel rimettere la matrice al suo posto naturale, e nel mantenervela; maniera di procedere alla riduzione. 171. — Maniera d'applicare i pessari: forma e materia di questi strumenti; accidenti che resultano dalla loro applicazione. 173. — Storia rimarcabile di gravidanza accompagnata da prolasso dell'utero. 173.

Utero (*rovesciamento dell'*). La matrice è rovesciata quando è rivoltata sopra se stessa alla foggia d'una borsa, d'un sacco o d'un ditale di guanto. V, 175. Questo rovesciamento offre tre gradi. — Esame delle cause predisponenti o remote, efficienti o prossime del rovesciamento dell'utero; meccanismo di questo rovesciamento. 175. — La cattiva maniera di fare l'estrazione della placenta dopo il parto, è la causa efficiente la più ordinaria del rovesciamento della matrice. 177. — Quest'accidente ha luogo d'ordinario nel tempo del travaglio del parto o immediatamente dopo. 177 e seg. — Un polipo sviluppato nella cavità dell'utero lo dispone al rovesciamento. 178. — I segni e i sintomi del rovesciamento sono differenti, secondo i gradi della malattia e le circostanze da cui è talvolta concomitata. 178. — Accidenti primitivi, accidenti consecutivi. 178. La diagnosi del rovesciamento dell'utero che succede nel tempo stesso del parto, presenta di rado della difficoltà; confronto fra le diverse malattie capaci di simulare il rovesciamento. 181. — La malattia è sempre gravissima, ma non necessariamente mortale. 181. — La riduzione è la indicazione che offre il rovesciamento della matrice; si effettua tanto più agevolmente, quanto più il caso è di fresca data; situazione

della malata; manuvre del chirurgo per operare questa riduzione. 181. — Quando non s'è potuto ridurre la matrice, conviene sorreggere il tumore col mezzo di una fasciatura appropriata. 182 e seg. — Amputazione dell'utero proposta da qualche chirurgo nel caso di rovesciamento irreducibile. 182. — Fatto relativo alla legatura dell' utero in un caso di rovesciamento. 182. — Fatti di riduzione spontanea osservati da Delabarre e Baudelocque. 184 e seg.

Utero (*retroversione dell'*). Cambiamento di direzione dell' organo, in cui il suo asse verticale è divenuto parallelo al diametro antero-posteriore del bacino. V, 186. — Questa malattia non ha cominciato ad esser ben conosciuta che nei tempi moderni. 186 e seg. — Quest'infermità non ha quasi mai luogo nello stato di vacuità dell'organo; ella può operarsi lentamente o ad un tratto. 187. — Gli accidenti che accompagnano la retroversione dell'utero sono più o meno intensi secondo il volume di quest'organo e l'estensione del rovesciamento. — Natura di questi accidenti. 187. — Il *prognostico* è sempre infausto; circostanze che lo rendono più o meno grave. 188. — La *cura* consiste nel riporre l'utero nel suo sito naturale e di mantenervelo. — Manuvre necessarie per operare questa reposizione e per impedire la recidiva. — Maniera d'opporsi agli accidenti che accompagnano o che conseguono alla retroversione dell'utero. 189.

Utero (*antiversione dell'*). In questa specie di trasposizione l' utero è portato in avanti e il suo collo indietro. V, 191. — Segni ai quali si riconosce quest'affezione; accidenti, ch' essa può suscitare; cura che gli conviene. 191. Osservazioni di Levret relative all'antiversione dell'utero. 191.

Utero (*pietre dell'*). Le cause che danno luogo alla formazione dei calcoli uterini sono assai oscure. V, 193. — Sintomi e accidenti prodotti dalla presenza di queste isteroliti. 436. — *Cura* proposta da differenti autori. 194.

Utero (*corpi fibrosi dell'*). Sono stati confusi dalla maggior parte dei medici antichi con li scirri di questo viscere. V, 195. Il loro volume è variabile all'estremo. 195. Possono aver la loro sede sotto la membrana muccosa di questo viscere, sotto la tunica peritoneale o nella spessezza delle sue pareti. 195. — Non si formano mai prima dell'età di trent'anni. 195. — *Sintomi, segni* e *cura* dei corpi fibrosi della matrice. 195.

Utero (*polipi dell'*). Descrizione anatomica di queste produzioni accidentali. V, 196. — Qualunque sia la loro natura intima, sono sempre inviluppati dalla membrana muccosa. 198. — Aderiscono alla matrice con un peduncolo, la di cui grossezza, lungheza e consistenza presentano molte varietà. 198. — Possono originare, 1.° dal collo, 2.° dalla superficie vaginale del muso di tinca, 3.° dalla faccia interna del collo della matrice. — *Corso* e *sintomi* della malattia secondo queste differenti circostanze. 199. — Possono esser presi per altre malattie degli organi genitali. — *Diagnosi differenziale*. 200. — Osservazioni di Levret relative ai polipi della matrice. 202. — Il *Prognostico* è variabilissimo: esame delle circostanze, che possono renderlo più o meno grave. 203. — I polipi della matrice sono nel numero delle malattie di cui non si può sperare la guarigione che dai soccorsi dell'arte. 203. — I mezzi di guarire i polipi dell' utero raccomandati dagli autori e impiegati dai pratici sono la cauterizzazione, la sezione pura e semplice del peduncolo del tumore, lo strappamento con torsione, e la legatura. 203. — La cauterizzazione è generalmente attribuita a Celso, questo metodo è stato totalmente proscritto dalla pratica. 203. — La sezione pura e semplice di questi tumori senza averli accerchiati con una previa legatura, consigliata da Aezio e da vari altri autori è stata di rado messa in pratica; pericoli e difficoltà di questo metodo. 204. — Alcuni autori hanno avvisato di torcere il peduncolo dei polipi uterini, per provocarne la separazione dalla parte di questo organo, in cui sono impiantati; pericoli di questo metodo che è stato generalmente abbandonato. 205. — La legatura è il metodo il più universalmente abbracciato nella cura dei polipi uterini, essa può essere praticata

in due circostanze differenti, 1.° quando il polipo è protruso dalla vulva e si può trarlo infuori colle mani o con delle tenaglie, 2.° quando il tumore è ancora del tutto rinchiuso nella vagina. 206. — La legatura dei polipi uterini fuorusciti dalla vulva può esser fatta in due maniere. 206. — Essa dev' esser posta il più vicino possibile all' inserzione del peduncolo. 206. — Levret è il primo che abbia concepito ed effettuato il progetto di legare i polipi uterini tutt' ora nascosti profondamente nella vagina ed anco nella matrice; descrizione del serranodi e portanodi. 207. — Processo operatorio per praticare questa legatura. 207. — Modificazione fatta da Levret ai suoi istrumenti per la legatura dei polipi voluminosi. 208. — Strumenti d' Herbiniaux e di Desault per la legatura circolare dei polipi uterini: portanodi, serranodi: maniera d' adoprare questi diversi stromenti. 209. — Rovesciamento della matrice proposto da Baudelocque per allacciare i polipi, di cui è impossibile andare ad abbracciare la base. 210. — Modo particolare di rovesciamento dell' utero proposto ed eseguito da Herbiniaux, per giungere allo stesso scopo. 211. — Maniera di stringere l' allacciatura secondo la grossezza e la sede del peduncolo dei polipi; effetti promossi da questa costrizione. 211.

Utero (*cancro dell'*). È conosciuto volgarmente sotto il nome di piaga: s'osserva frequentissimamente. V, 213. — Le cause di questa malattia non sono meglio conosciute di quelle del cancro degli altri organi. 213. — Il corso e i sintomi del cancro della matrice offrono molte varietà; descrizione dei sintomi locali e generali. 213. — Vi sono diverse malattie che presentano vari sintomi del cancro della matrice nei suoi primordi. — *Diagnosi differenziale*. 215. — Il prognostico del cancro dell' utero è estremamente grave, la malattia è essenzialmente incurabile. 215. — La cura del cancro confermato è propriamente palliativa, l' ablazione del tumore è formalmente contrindicata. 215.

Utero (*ernia dell'*). *Ved.* Ernia.

V

Vagina (*vizi di conformazione della*). Sono molti e svariati; i principali sono; l' apertura della vagina nel retto, la di lei angustia congenita o accidentale, la di lei imperforazione. V, 170.

— *Apertura della vagina nel retto*. — Vari fatti di questo genere sono stati osservati dai chirurgi. 170.

— *Angustia della vagina*. Questo vizio di conformazione può esser congenito o accidentale; esame delle cause che possono produrre accidentalmente la strettezza della vagina. 170. — Osservazioni diverse degli autori relative a questo vizio di conformazione. 171.

— *Imperforazione della vagina*. Essa è ordinariamente congenita, talvolta accidentale; essa non suscita alcun accidente fino alla pubertà. 172. — L' imperforazione innata è d'ordinario dovuta a una cattiva disposizione della membrana imene, *cura* di questo vizio di conformazione. 173.

— *Assenza della vagina*. In alcune donne non esiste traccia alcuna delle parti anteriori della generazione; in altre queste parti sussistono con assenza completa della vagina. 175. — Alcune di quelle che non hanno vagina son prive d' utero; relazione di parecchi fatti di questo genere. 176. — Accidenti gravi che resultano da questo vizio d' organizzazione all'epoca della pubertà, quando coesiste una matrice. 178. — Operazioni diverse proposte dai chirurghi per ovviare a questo vizio di conformazione; circostanze in cui queste operazioni debbono essere cimentate; contrindicazioni, pericoli che le accompagnano o che le seguono. 178. — Descrizione delle lesioni anatomiche trovate nel cadavere d' una fanciulla perita per questo vizio di conformazione. 179.

Vagina (*rottura della*). Circostanze in cui può accadere quest' accidente. V, 180. — Conseguenze di questa rottura. 180. — Sutura praticata da Dubois e Saucerotte, processo operatorio. 181. — Metodo operatorio adottato dal signor Noel. 183. — La comunicazione

del retto colla vagina è parimente qualche fiata la conseguenza della gangrena della parete rettovaginale, dietro un parto laborioso. 184.

VAGINA (*polipi della*). S' osservano assai di rado, si sviluppano come quelli dell' altre parti. V, 184. — Hanno dei caratteri comuni con gli altri tumori che si manifestano nella vagina. — *Diagnosi differenziale*. 185. — Cura, la stessa di quella dei polipi dell'altre parti del corpo. 185.

VAGINA (*prolasso o rovesciamento della*). Non è formato che dall' ingorgo e dalla tumefazione della membrana muccosa vaginale. V, 185. — Esame delle cause che predispongono a questa malattia e che possono occasionarla. 185. — *Segni e sintomi* per mezzo di cui si giunge alla *diagnosi* speciale e differenziale della malattia. 185. — Il *prognostico* della procidenza della vagina varia a seconda dell' antichità e dell' estensione del prolasso. 186. — Le indicazioni curative sono differenti secondo il grado della malattia. — *Cura* profilattica. — Riduzione della membrana muccosa. 186. — Succede talvolta che la parte cade in mortificazione; condotta del chirurgo in questa circostanza. 187.

VALSALVA. Sua cura palliativa degli aneurismi. I, 292.

VANHELMONT. Sua teoria sull' irritazione. I, 13.

VARICE ANEURISMATICA. *Ved.* Aneurisma varicoso.

VARICI. Tumori formati dalla dilatazione permanente delle vene succutanee. — La struttura delle vene rende ragione della loro frequenza. — Le vene superficiali del corpo e specialmente quelle delle gambe e delle coscie vi sono soggette. — Sono state del pari osservate all'ipogastro. — Comprimono i vasi linfatici e cagionano l'ingorgo dei membri. — *Cause*: predisponenti; direzione, debolezza organica, disposizione morbosa delle vene. — *Cause* efficienti: ostacolo al ritorno del sangue venoso, aneurismi, tumori, gravidanza. ec. — Sconcerti che risvegliano, ingorgo delle membra, piaghe. — *Caratteri diagnostici*. — *Pronostico* poco grave a meno che le varici non dipendano da un tumore sviluppatosi nella cavità addominale o che non sieno sopraggiunte delle complicazioni funeste. I, 337. — *Cura*: insufficienza della cura generale e farmaceutica. — Fare sparire le cause meccaniche che s'oppongono al libero corso del sangue. — Compressione generale e metodica dei membri; questo mezzo non è che palliativo e non deve essere impiegato in certi casi. — Incisione, evacuazione del grumo contenuto nelle vene. — Cauterizzazione, recisione delle varici prescritte dall'autore. — La compressione metodica e permanente basta per l'ordinario a rimediare agli inconvenienti che suscitano le varici. 343.

VARICOCELE O CIRSOCELE. Si chiama varicocele la dilatazione delle vene dello scroto e cirsocele la dilatazione varicosa della vena spermatica e dei suoi rami. V, 83. — Il varicocele può esistere in tutte le età. — I giovani vi sono più soggetti degli adulti e dei vecchi. 83. — Esame delle cause che possono produrre questa malattia. 83. *Segni diagnostici* del varicocele nel suo nascere e nel più alto grado della malattia. 83. — La diagnosi del varicocele offre in principio qualche oscurità e ne può presantare ancorquando il tumore ha assunto un volume ragguardevole. 83. Il varicocele è una malattia incurabile. 84. — Si è proposta la castrazione per guarire il varicocele, ma non si deve devenire a quest'estremo se non quando il male si complica d' infezione scirrosa. 84.

VARICOMFALO. Nome dato alla dilatazione, varicosa delle vene dell'ombelico o dell' ipogastro. — Non esistono esempi appurati di questa infermità. — Non si deve opporvi alcuna cura. IV, 179.

VARICOSE (*piaghe*). *Ved.* Ulcere.

VARICOSI (*tumori*). *Ved.* Fungosi sanguigni.

VASI. Esistono in tutte le parti del corpo. I, 132. — Non si riparano quando hanno sofferto una perdita di sostanza. 145. — Formano le briglie che s'incontrano nella cavità degli ascessi. 90.

VECCHIAIA. Soggetta più specialmente alla gangrena secca. I, 120.

VENE (*emoragia delle*). S'arresta più facilmente di quella delle arterie. — Difficile a frenarsi, quando una com-

pressione impedisce il ritorno del sangue verso il cuore. — È pericolosissima quando la vena è unica nel membro o situata in una cavità. I, 149.

VENEREE (*piaghe*). Ved. Ulcere.

VENZEI (*Aloys Stutz*). Impiega i bagni alcalini, e il carbonato di potassa unito all'oppio per curare il tetano. — Storie di malattie che provano l'efficacia di questo metodo. I, 170.

VERGA (*amputazione della*). Il cancro e la gangrena del pene sono le due malattie, che obbligano il più sovente a ricorrere all'amputazione di quest'organo. V, 135. — Questa operazione non è stata eseguita che nei tempi moderni. 136. — Descrizione dell'apparecchio necessario per eseguire quest'operazione. 136. — Situazione del malato, processo operatorio per la recisione dei corpi cavernosi. 136. — Maniera di stagnare l'emoragia ivi e seg. — Medicature consecutive all'operazione. 137. — Orinale di Pareo nel caso che l'amputazione sia stata fatta vicino al pube. 137.

VERGA (*ferite della*). Diversificano fra loro in ragione dello strumento feritore, e delle parti lese. 137. — Punture: sono poco gravi, e non esigono una cura peculiare. 137. — *Cura* delle ferite da strumenti taglienti; quelle che interessano l' uretra offrono delle indicazioni particolari. — Ablazione totale della verga: mezzi d'antivenire li sconcerti che possono nascere. 137.

VERGA (*compressione circolare della*). S'esercita con degli anelli, dei lacci ec. — Indicazioni curative; — *Cura*: V. 138.

VERGA (*infiammazione della*). Caratteri, cause di questa flemmasia. V, 139. — Termina per lo più per risoluzione, di rado per gangrena. — Storie di malattie relative al modo di terminazione e allo sviluppo di questa flogosi 139. — La *cura* varia secondo li stadi, e le terminazioni della malattia; essa è locale, generale. 140.

VERGA (*aneurisma dei corpi cavernosi della*). Questa malattia è conosciuta solo da un fatto, che ha osservato e descritto Albino. Relazione di questo fatto. V, 140.

VERGA (*tumori duri, nodi o gangli dei corpi cavernosi della*). Questi tumori sono disposti in forma di cercine, ed occupano talvolta i due corpi cavernosi; si ignora anche adesso la loro natura, e la maniera di curarli. V, 141.

VERGA (*ulcere della*). Sono il più delle volte veneree: si dinotano comunemente sotto il nome di ulceri. V, 142. — Si contraddistinguono in benigne, e maligne. 142. — *Segni diagnostici*, sintomi di queste piaghe. 142. — La diagnosi è sempre facile. 142 e seg. — *Cura* locale, e generale di quest'ulceri, e delle loro complicazioni. 143. —

VERGA (*escrescenze della*). Sono di natura sifilitica; si manifestano precipuamente sul glande. V, 145. — Debbono esser trattate con gli escarotici, con i mercuriali, e colla recisione. 145.

VERGA (*cancro della*). Si sviluppa sotto l' influenza delle stesse cause che producono l' altre malattie cancerose, e ne riconosce di più qualcuna particolare. V, 145. — Questa malattia non si sviluppa sempre nello stesso modo, e non si appalesa costantemente sotto la stessa forma. 145. — Essa può solo guarire coll' estirpazione del pene. 146.

VERMANDOIS. Ha consigliato di fare la resezione del femore nel caso di lussazione spontanea di quest' osso. Ha istituito con successo la resezione dell'ossa in alcune articolazioni ginglimoidee. II, 400.

VERMI. La loro presenza negli intestini può risvegliare il tetano. I, 165.

VERRUCCHE. Hanno ricevuto volgarmente il nome di *porri*; piccole escrescenze, e tubercoli brunastri, che si formano nel tessuto dermoideo. II, 425. — Differiscono molto tra loro per il volume, la forma, e consistenza. 425. — La loro causa è incognita. 425. — La loro diagnosi non offre difficoltà alcuna. 426. — Non cagionano ordinariamente alcuna specie d'incomodo. 426. Cedono talvolta naturalmente. 426. — I mezzi impiegati per dissiparle sono la legatura, la dissezione, i corrosivi, e il cauterio attuale. — Circostanze in cui gli uni di questi processi convengono più degli altri. 426.

VERTEBRE (*frattura delle*). Quest' accidente è raro. — Le apofisi spinose, le lamine, e le apofisi trasverse sono il più di frequente attaccate. — La contusione, che produce la frattura, non

si limita all' osso, e si diffonde fino alla midolla, il che dà origine a delli sconcerti nervosi gravissimi. — *Diagnosi*: sempre difficile, risalto, mobilità dell' apofisi spinose: sintomi di compressione, di lacerazione, o di flogosi della midolla. — *Prognostico*, è funestissimo. — *Cura*, consiste nel combattere li sconcerti nervosi, che possono affacciarsi. II, 48.

Vertebre (*carie delle*). Si incontra comunissimamente. — È talora superficiale, talora profonda, e in quest' ultimo caso ha ricevuto il nome di male vertebrale di Pott. — La carie attacca principalmente il corpo delle vertebre. Questa malattia si osserva soprattutto nei giovani soggetti scrofolosi, o dediti alla masturbazione. — *Segni diagnostici*; dolor fisso, profondo ma mediocre, incurvatura della colonna vertebrale, rilievo delle apofisi spinose corrispondenti; ascesso per congestione; debolezza, paralisi dell' estremità inferiori, dolori più vivi nella regione lombare, apertura spontanea degli ascessi per congestione, suppurazione fetida, febbre etica, diarrea colliquativa, marasmo, morte. — *Alterazioni patologiche*; distruzione più, o meno completa del corpo delle vertebre, integrità delle fibro-cartilagini intervertebrali, cisti cellulose ripiene di materia tubercolare rammollita. — *Prognostico*; sempre estremamente infausto, soprattutto quando la carie emana da un vizio scrofulare, o dalla masturbazione. — *Cura*; applicazione di molti cauteri intorno alle vertebre malate: estrema efficacia di questa medela; rinnuovare sovente l' applicazione dei cauteri, e continuarne l' uso lungo tempo; questi mezzi sono inefficaci, quando esistono già degli ascessi per congestione. — Storia di malattie relative all' efficacia di questa medela. II, 195.

Vertebre (*lussazioni delle*). *Ved.* qui sotto.

Vertebra (*lussazione della prima*). Questa lussazione è impossibile, perchè l'articolazione è il centro di pochissimi movimenti; l' alterazione però, e una malattia delle superfici articolari possono cambiare i rapporti di questi ossi. — La diagnosi è del tutto impossibile. Il prognostico è sempre gravissimo in causa, della compressione, che può subire la midolla spinale. — La *cura* non può esser relativa, che alle cause, che hanno alterate le superfici articolari. II, 246.

Vertebra (*lussazione della prima sulla seconda*). Si osserva assai comunemente. — Ha luogo in due guise differenti; l' apofisi odontoide può portarsi direttamente indietro, o passare al di sotto del ligamento trasverso dopo aver rotto i ligamenti laterali, ovvero fratturandosi permettere il dislogamento delle faccie articolari. — Questa lussazione è immediatamente seguita dalla morte. II, 249.

Vertebre (*lussazione delle cinque ultime*) *cervicali*. Questa lussazione può avvenire nell' una dell' apofisi oblique inferiori di una vertebra cervicale. — *Cause*: una flessione forzata, o una rotazione estrema delle vertebre del collo, la sola azione muscolare può produrre questo fenomeno. — *Segni diagnostici*: rotazione, e inclinazione laterale permanenti della testa, e del collo: impossibilità di ricondurre il collo alla sua rettitudine naturale; obliquità dell'apofisi spinosa. — La lussazione d'una sola dell' apofisi articolari non è mai accompagnata da compressione della midolla; quella delle due apofisi farebbe provare delli stiramenti alla midolla. — La riduzione non deve essere tentata perchè ella può condurre istantaneamente il malato alla morte. II, 250.

Vertebre (*lussazione del corpo delle*). Non può aver luogo senza frattura comminutiva della vertebra e senza arrecare instantaneamente la morte. II, 253.

Vescica (*ernia della*). *Ved.* Ernia.

Vescica (*introversione della*). In che consiste questo vizio di conformazione. È più comune nell' uomo, che nella donna. IV, 382. — Segni esteriori, da cui si riconosce. 382. — Le ossa del pube sono discoste tra loro di circa due, o tre pollici. 383. — Questo vizio di conformazione della vescica è costantemente associato ad una deformità maggiore o minore degli organi genitali. 383 — L'estroversione della vescica è rarissima nella donna, è accompagnata da difetto molto più considerabile degli organi della generazione. 384. — In tutti i casi, in

cui s'è potuto fare l'esame anatomico del cadavere delle persone morte coll'estroversione congenita della vescica, s'è appurato, che ritrovasi di questo viscere la sola parete posteriore; fatti relativi a questo vizio di conformazione riportati da differenti autori. 385. — Non si può guarire questo vizio organico, ma si può impedire, che l'orina si spanda adattando una scatola dirimpetto ai condotti escretori dell'orina. 386.

Vescica (*infiammazione della*). Può attaccare tutte le tuniche a un tempo o non attaccare altro, che la tunica interna. 386. — La cistite è molto più rara del catarro della vescica; essa investe il collo, una parte, o tutto il corpo di quest'organo. 386. — Le cause della cistite sono interne, o esterne: esame di queste cause. Questa malattia induce dei cambiamenti notevolissimi nelle proprietà vitali della vescica. 386. — *Sintomi* generali, e comuni della cistite: *sintomi* particolari. 387. — La cistite può terminare per risoluzione, per suppurazione, per gangrena, e per induramento; circostanze, in cui possono aver luogo queste diverse terminazioni; *segni* da cui si riconoscono. 387. — La *cura* della cistite non differisce da quella dell'altre flemmasie interne, e particolarmente da quella dei reni. 388. Istoria di cistiti prodotte dall'ingestione delle cantaridi. 388.

Vescica (*catarro della*). Infiammazione della membrana muccosa della vescica. — È alcune fiate una malattia quasi locale che non suscita disturbo considerabile nelle funzioni. IV, 389. La durata del catarro acuto è di venti a quaranta giorni. 390. — Il catarro cronico ha dei sintomi assai diversi da quelli del catarro acuto; esame di questi sintomi locali, e generali. 390. — La *diagnosi* del catarro vescicale non offre incertezza, quando il corso di quest'infermità è acuto. 390. — Il *prognostico* del catarro è generalmente grave; se la malattia è acuta v'è sempre da temere, che passi allo stato cronico. 391. — La cura del catarro della vescica varia secondochè questa malattia è acuta, o cronica. — *Cura* del catarro acuto nel suo nascere, verso la sua fine. 391. Quando la malattia si fa cronica, è quasi impossibile di sanarla, e spesso ancora di palliarne i sintomi. — Mezzi diversi consigliati per calmare li sconcerti, che desta questo malore. 391. — La cura deve essere soprattutto subordinata alla causa della malattia. — Iniezione consigliata ad oggetto di reprimere l'affluenza degli umori. — Il regime è un oggetto importantissimo nella cura del catarro cronico della vescica. 393.

Vescica (*ascesso della*). Congestione purulenta, circoscritta, un poco considerabile, fra le tuniche componenti questa viscera; osservazioni di tal fatta riportate da Chopart. 393. — Il pus è talvolta infiltrato nella spessezza delle tuniche del viscere. 393. — Il pus contenuto negli ascessi della vessica può prendere diverse strade; il più d'ordinario si spande nella vessica. 394. La *diagnosi* di questa malattia è molto oscura, è il più sovente impossibile; motivi di questa difficoltà. 394. — Il prognostico è straordinariamente infausto; la cura è la stessa di quella delle piaghe di quest'organo. 594. — (*Ved.* Ulcere della vessica.).

Vescica (*cancrena della*). L'infiammazione della vescica può terminare per gangrena: ma questa terminazione è rara, quando la cistite non è accompagnata da ritenzione completa dell'orina. IV, 394. — Allorquando la cancrena è limitata ad un punto più, o meno esteso della vessica, le conseguenze ne sono diverse secondo la parte attaccata di questo organo. 395. — La pressione della testa del feto, in un parto lungo, e difficile, dà luogo talvolta a questo sinistro accidente; lo stesso accade per la presenza d'un corpo estraneo nella cavità di questo organo; essa ingenera sovente una fistola orinaria del retto nell'uomo, e della vagina nella donna. 396.

Vescica (*ulcere della*). Consistono nell'erosione con suppurazione delle tuniche di quest'organo, e più comunemente della tunica interna. IV, 396. Queste piaghe ora sono primitive, ora consecutive; 396. — Sintomi locali, e generali; loro valore rispettivo, e discusso. 396. — La diagnosi è in generale molto difficile, e sovente impossibile. 396. — Nella cura delle

piaghe della vessica, s'ha da appigliarsi a combattere il dolore, e gli altri sintomi, e a cercare di detergerle, e cicatrizzarle. — Mezzi impiegati per ottenere quest'intento. 397.

Vescica (*fistole della*). Si presentano sotto due forme diverse; hanno ricevuto il nome di cisti vaginali, intestinali, esterne, ombilicali, ipogastriche, perineali, retto vessicali, secondo la loro insinuazione in una di queste diverse parti. IV, 397. — Si differenziano pure in fistole semplici e in fistole composte. 397. — Sintomi comuni delle fistole vessicali. 397. — *Cause*, e sintomi particolari delle fistole orinarie, dell'ombelico. 397. — *Cause*, e sintomi delle fistole vessicali della regione ipogastrica. 398. — Quest'ultimo genere di fistola succede spesso alla punzione della vessica al di sopra del pube. 398.

— *Fistola vaginale.* Esame critico delle sue cause. 399. — *Sintomi e segni diagnostici.* 399. — Succede spesso all'estrazione d'un corpo estraneo nella vescica, o al parto. 400. — *Cura* palliativa, e radicale. 400.

— *Fistola vescico-intestinale.* Può avere la sua sede nella sommità della vescica e comunicare coll'ileo, o col colon, ovvero esser situata nel basso fondo della vessica e comunicare col retto; esame anatomico del cadavere d'un individuo morto per questa malattia. 401. — La fistola della vescica, che mette foce nel retto ha luogo solo negli uomini. 401. — *Segni diagnostici* di queste diverse specie di fistole. 401. — Essa non è quasi mai suscettiva di guarigione, se non quando dipende dalla presenza di una pietra, o d'un altro corpo straniero. 402.

— *Fistola retto uretrale.* Può dipendere dalla rottura del retto o dell'uretra fatta da una siringa, o dalle candelette; esame delle diverse altre cause, che possono produrla. 402. — *Segni patognomonici*, da'quali si riconosce. 403. — La *cura* di quest' infermità non differisce punto da quella della fistola retto-vescicale, l'indicazione curativa è di rendere un libero corso all'orina, e d' opporsi al passaggio delle materie fecali, e dei gas dall'apertura fistolosa, mezzi d'effettuar questa indicazione. 403.

Vescica (*rottura della*). Può aver luogo, o quando il viscere è soverchiamente distratto dall'orina, o quando è colpito da gangrena; fatti diversi allegati dall'Autore. IV, 404. — La morte è sempre la conseguenza di questa rottura. 405.

Vescica (*fungo della*). Tumori, o escrescenze carnose, che si formano nell'interno della vescica. IV, 406. — Possono allignare in tutti i punti della vessica. 406. — Alcune volte sono molteplici e talora sono sostenuti da un peduncolo stretto, e talora da una base larga. 406. — Le *cause*, che suscitano lo sviluppo di questi tumori fungosi sono quasi affatto sconosciute. 407. — La *diagnosi* è per lo più impossibile, e la cura deve limitarsi a combattere gli accidenti, che vengono in campo; estirpazione d'un tumore di questo genere praticata con successo in una donna da Warner. 407. — Condotta del chirurgo nel caso che il calcolo fosse incassato in un fungo. 409.

Vescica (*varici della*). Attaccano le vene della membrana interna della vescica, e principalmente quelle che serpeggiano sul collo di questo viscere. IV, 409. — Esame critico delle cause, che possono risvegliare questa malattia. 410. I sintomi di questa infermità essendo comuni ad altri mali della vescica, *la diagnosi* sempre oscurissima è spesso assolutamente impossibile. 410. — La cura si limita a consigliare all'infermo di scansare tutte le circostanze, che potrebbero aumentare l'afflusso del sangue alla vescica. 410.

Vescica (*ernie della membrana interna della*). Meccanismo secondo il quale, s'operano queste ernie. IV, 410. — S'osservano in tutti i punti della vescica; sono talvolta molteplici; attaccano più particolarmente le parti laterali dell'organo. 411. — I segni di questa malattia sono molto oscuri, quando i sacchi erniari non hanno ancora acquistato un certo volume. 411. — Il *prognostico* ordinariamente poco grave, può diventare infausto, quando la malattia dura da lungo tempo, ed è pervenuta ad un certo grado. 412. — La *cura* non offre che una indicazione principale, quella di lasciare una siringa a permanenza in vescica; iniezioni consigliate con oggetto di preve-

nire una soverchia secrezione del mucco. 412.

Vescica (*rovesciamento della membrana interna della*). Fatti di questo genere riportati da differenti autori; questo rovesciamento s'osserva solo nelle femmine. IV, 412.

Vescica (*introversione della*). Stato della vescica in cui la parte superiore della sua parete posteriore è rovesciata dal di fuori al di dentro. IV, 413. — Sintomi causati da quest'affezione; possono imporne per quelli, che suscita la presenza d'un calcolo. 413. — Circostanze particolari in cui si sviluppa questa malattia. 414. — *Cura* consigliata da Percy in un caso di tal sorta. 415.

Vescica (*punzione della*). *Ved.* Ritenzion d'orina.

Vescica (*pietre, o calcoli della*). Concrezioni solide, saline, che traggono i loro elementi dall'orina, e che si formano in questo liquido. IV, 479. — Il numero, il volume, la forma dei calcoli vessicali offrono numerose varietà. 479. — La superfice delle pietre vessicali presenta molte varietà secondo che le pietre sono uniche, molteplici, libere, o saccate. 480. — Il colore delle pietre della vescica non è lo stesso per tutte. 480. — Peso specifico de'calcoli. 480. — Densità variabile. 481. — Quando i calcoli sono immobili, non occupano sempre la parte la più declive della vessica; esplicazione di questo fenomeno. 481. — Le pietre, che non sono libere, sono distinte in cistiche in saccate, o aderenti. 482. — Ricerche anatomiche sulla cisti del calcolo. 482. — Disposizione anatomica della vessica e delle sue pareti quando esistono delle pietre. 482. — I calcoli saccati acquistano pochissimo volume. 483. — È molto più raro di trovare delle pietre aderenti alla vescica: fatti di questo genere riportati da diversi autori. 483. — Nel cistocele la parte della vescica, che è trasposta contiene qualche volta una, o più pietre. (*Ved.* Ernia della vescica): dei calcoli possono egualmente formarsi nelle vesciche multi-loculari. 484. — Le cistoliti hanno quasi sempre un nucleo, di cui l'origine, e la natura non sono sempre le stesse. 484. — Al nocciolo calcoloso è sovrapposto un secondo strato che costituisce la maggior parte del volume della pietra, e che varia secondo le differenti specie. 485. L'ultimo strato concentrico si chiama il guscio. 485. — Analisi chimica dei calcoli. 485.

— *Cause della genesi delle cistoliti.* I materiali che entrano nella composizione dei calcoli esistono costantemente nell'orina. 485. — I vecchi e i giovani sono più predisposti degli adulti a questa malattia. 486. — Le femmine sono meno soggette dei maschi alla cistolite; ma esse sono egualmente spesso che eglino, tormentate dalle pietre renali. 486. — Tutti i temperamenti sono sottoposti alla pietra. 486. — I calcoli sono comunissimi nei climi temperati. 486.

— *Sintomi enuncianti la presenza delle cistoliti.* Questi sintomi sono puramente locali; natura e sede del dolore; bisogno frequente d'orinare, caratteri peculiari dell'orina, infiammazione catarrale della membrana interna della vescica. — Questi segni sono insufficienti per stabilire la diagnosi. 486. — Il dito indice introdotto nel retto nell'uomo e nella vagina nella donna può talvolta fornire dei dati sulla presenza d'un calcolo. 488. — Di tutti i mezzi d'investigazione il cateterismo è il migliore: *segni* ottenuti con questo mezzo; maniera di introdurre la siringa e di esplorare la vessica. 488. — quando l'infermo non può ritenere la sua orina; si inietta dell'acqua tiepida nella vessica per facilitare l'esplorazione colla siringa. 489. — Il cateterismo esploratore può somministrare ancora qualche dato sulla situazione, sul volume e numero, sulla forma e consistenza dei calcoli. 489. — Delle cisti ossee ingenerate nelle pareti della vescica, le rughe, lo scorciamento dell'organo possono imporne talvolta per una cistolite. 490.

— *Cura delle pietre della vescica.* L'estrazione del calcolo può essere considerata come il solo mezzo conosciuto di guarigione. 491. — Talvolta per altro e principalmente nelle donne dei calcoli assai grossi possono essere espulsi spontaneamente. 491. — L'uscita spontanea dei calcoli vessicali è dovuta ai medesimi agenti di quella dell'orina.

491. — Mezzi diversi impiegati per dilatare l' uretra e favorire la sortita dei calcoli da questo canale. 491. — Rimedi, *sassifragi*, o litontrittici; esame di questi diversi rimedi, loro inutilità. 492. — I litontrittici acidi o alcalini proposti dai chimici non posseduno alcuna utilità reale, quand'anco sono iniettati nella vescica. 492.

— *Operazione della pietra.* Operazione in cui apresi una strada fino alla vescica, d' onde si estraggono i calcoli che contiene. 493. — Tempi in cui si deve soprattutto praticare quest'operazione. 493. — Mezzi preparatorii per assicurare la riuscita dell'operazione. 494.

— *Litotomia nell' uomo. Piccolo apparecchio, o metodo di Celso.* — Situazione del malato, strumenti necessari, processo operatorio. 494. — Inconvenienti di questo metodo. 495 e seg.

— *Grand' apparecchio.* Ha ricevuto ancora il nome di *Sezione Mariana*. Istoria di questo metodo operativo. 495. — Descrizione degli strumenti adoprati per eseguire quest'operazione. — Catetere. 496. — Litotomo. 496. — Conduttore maschio, femmina. 496. — Cucchiaio. 496. — Tenaglie. 496. — Bottone. 496. — Dilatatore. 497. — Processo operatorio. 497. — Modificazione introdotta da Marechal. 497. — Sconcerti gravi a cui dava luogo questa operazione. 498.

— *Apparecchio laterale.* Questo metodo è stato così chiamato perchè il taglio si fa su un lato del perineo, inventata da Giacomo di Beaulieu; storia medica di questo operatore. 499. — Modificazioni arrecate a questo metodo da Raw, descrizione del processo operatorio di questo chirurgo. 503. — Esperienze secondo il metodo di Raw tentate da Cheselden, modificazioni fatte a questo metodo da questo chirurgo. 505. — In che consiste il taglio laterale. 506. — Vantaggi di questo metodo. 507.

— *Metodo di Ledran*, strumenti e processo operatorio di questo chirurgo. 507.

— *Metodo di Moreau.* 507. — *Metodo di Faubert.* — Strumenti particolari messi in opera da questo chirurgo, descrizione del suo processo operatorio, inconvenienti di questo metodo. 508. — *Metodo di Thomas.* — Differisce da quello di Foubert solo perchè si mette in esecuzione con un istrumento di una forma particolare; descrizione di questo strumento e del processo operatorio di Thomas, questa maniera di operare è molto pericolosa. 510. — *Metodo* di *Lecat.* — Descrizione dell' uretrotomo e del cistotomo inventati ed usati da questo chirurgo, situazione del malato, processo operatorio, invenzione del *gorgeret* cistotomo. 511. — *Metodo di Pouteau.* — Gl' istrumenti di cui Pouteau si serviva consistono in un catetere, il di cui manico termina con un anello e in una specie di coltello fisso sul manico che differisce poco da quello di Cheselden. — Primo processo operatorio di questo chirurgo: secondo processo operatorio chiamato, *taille au niveau*. 512. — *Metodo di Hawkins.* — Questo chirurgo praticava il taglio laterale con un gorgeret il di cui bordo retto è tagliente, descrizione di questo gorgeret e del processo operatorio di *Hawkins*, modificazioni che si sono fatte subire al gorgeret. 513. — *Metodo di Fra Cosimo*, è preferibile a tutti gli altri secondo l' autore; consiste nel tagliare il collo della vescica e la prostata dal di dentro al di fuori con uno strumento particolare, cui s' è dato il nome di litotomo nascosto. 513 e seg. — Descrizione del litotomo nascosto. 514. — Maniera di disporre il malato, il letto, gli aiuti. 514. — Descrizione dell' apparecchio necessario per mettere in pratica la litotomia. 515. — Introduzione del catetere. 516. — Maniera di tener fermo il malato. 516. — Direzione del catetere per eseguire l' operazione, forma, direzione del primo taglio. 517. — Riconoscere la situazione del catetere, rimetterlo, incidere le pareti dell'uretra. 517. — Introduzione del litotomo nascosto. 518. — Estrazione della siringa. 518. — Maniera di dirigere il litotomo nascosto nel ritirarlo dalla vescica; precetti importanti a questo oggetto. 518. — Vantaggi del litotomo. 519.

— *Estrazione della pietra.* L' istrumento che s' usa per effettuare questa estrazione si chiama *tenaglia*, descrizione

delle tenaglie semplici, delle tenaglie incrociate. 519. — Tenaglia introdotta col mezzo del dito o del cucchiaio conduttore. 520. — *Segni* a cui si riconosce che la tenaglia è arrivata nella vescica. 520. — Precetti relativi alla esplorazione e alla maniera d'afferrare le pietre. 521. — *Segni* da cui si riconosce il volume della pietra prima della sua estrazione. 521. — Direzione delle morse delle tenaglie per la facilità dell' estrazione dei calcoli. 521. — Movimenti delle tenaglie per facilitare l' estrazione della pietra. 521. — Uso della cucchiaia nel caso che il calcolo resti impegnato nella ferita. 521. — Modo d' estrarre i frammenti quando le pietre si rompono. 522. — Il volume eccessivo della pietra è uno dei maggiori ostacoli alla sua estrazione, ampliazione del taglio della vescica. 522. — Per facilitare l' estrazione delle pietre eccessivamente voluminose è stato proposto di frangerle in vessica con delle tenaglie particolari; inutilità e pericoli di questa pratica. 523. — Esame della pietra dopo averla estratta per conoscere se ne esistono dell' altre nella vessica. 523. — Condotta del chirurgo nel caso chè esistano più calcoli. 523. — Modo di estrarre i frammenti delle pietre rimasti in vescica dopo l'operazione. 523. — Circostanze in cui s' è astretti a rinviare ad un altro tempo l' estrazione delle pietre uniche o moltepliei. 524. — Modificazioni e difficoltà arrecate all' operazione nel caso in cui la pietra è saccata, incassata o aderente. 524.

— *Cura del malato dopo l' operazione del taglio laterale e fenomeni che succedono a quest' operazione.* Traslazione del malato nel suo letto dopo l' operazione. 529. — Ogni specie di medicatura è inutile quando l' operazione è semplice. 529. — Dolore più o meno vivo, perdita di sangue che soffre il malato allorchè giace nel suo letto. 529. — L' orina passa intieramente dalla ferita e talvolta simultaneamente dalla verga nei primi otto o dieci giorni. 530. — L' epoca in cui l' orina comincia a scolare dalla verga varia molto. 350. — Epoca in cui si manifesta la febbre traumatica; caratteri di questa febbre. 530. — Il malato ha da esser sottoposto al regime il più severo nei primi due o tre giorni, indicazioni generali nel corso della cura. 531.

— *Accidenti che risultano dall' operazione della pietra.* L' operazione della litotomia laterale può causare degli sconcerti numerosi e svariati, gli uni avvengono nel momento stesso dell' operazione, gli altri hanno luogo qualche giorno dopo, altri non compariscono in scena che in capo a un tempo più o meno lungo. 531. — Sincope; non s' ha da terminare l' operazione, se questa persiste. 531. — Convulsioni; cessare l'operazione se s'affacciano. 531. — Emoragia, uno degli accidenti ordinari della litotomia. — Enumerazione dell' arterie che possono essere offese nell' operazione della pietra. — L' arteria pudenda interna è quella che dà luogo all'emoragie le più allarmanti. 531. — Legatura del vaso allorchè l' arteria è situata poco profondamente; zaffamento della ferita nel caso contrario. 532. — Circostanze in cui lo zaffamento può esser utile, e modo di praticarlo. 533. — L' emoragia non ha quasi mai luogo che nei malati i quali hanno perduto una certa quantità di sangue nel tempo dell' operazione. 533. — Questa emoragia può essere pericolosa e per la perdita stessa del sangue, e per il cumulo del sangue nella vescica che infiamma. 534. — Quando l'emoragia è poco considerabile, si giunge talvolta a frenarla applicando dei refrigeranti. 534. — Si ha da tentare la legatura piuttostochè qualunque altro mezzo; maniera di praticarla. 534. — Quando la legatura sembra impossibile, o quando è stata tentata senza successo, fa di mestieri ricorrere alla compressione; canula impiegata a quest' effetto. 535. — Zaffamento di Gio. L. Petit per arrestare l'emorragia dopo l' operazione della fistola all' ano, consigliato e usato dall' autore per stagnare l' emoragia dopo l' operazione della pietra. 535. — L'emoragia che accompagna l' operazion della pietra viene talvolta dai vasi della vescica lacerati nei casi di pietre incassate, saccate o aderenti, ella è quasi sempre mortale. 536. — L'infiammazione della vessica e delle parti circomposte è il più fre-

quente e il più terribile degli accidenti che possono sopravvenire alla litotomia; sintomi e cura di quest'infiammazione. 536. — *Cause e cura* della ritenzion d'orina che ha luogo dopo l'operazione della pietra. 536. — Vengono talvolta in campo dopo la litotomia degli accidenti dovuti alla esistenza dei vermi intestinali. 537. L'echimosi dello scroto è un fenomeno raro dopo il taglio laterale; mezzo di farla sparire. 537. — *Cura* dell'ingorgo dei testicoli, quando si manifesta. 537. — La ferita che lascia l'operazione degenera talvolta in una fistola da cui sgorga l'orina quando il malato sodisfa al bisogno d'evacuarla; mezzi di prevenire e di sanare questa complicanza. 537. — L'incontinenza d'orina succede talvolta alla litotomia, cause e cura di questo incomodo. 540. Quando l'impotenza è sopraggiunta dietro la suppurazione o la gangrena parziale della glandula prostata essa è insanabile. 541. — Accade qualche fiata che si ferisca l'intestino retto; disposizione anatomica che rende questa lesione spesso inevitabile. 541. — Le conseguenze della ferita di quest'intestino sono diverse secondo che la lesione è prossima all'ano, o molto al disopra di questo orifizio. 541. — A quest'inconveniente tien quasi sempre dietro una fistola retto-vescicale. 842. — *Litotomia coll' alto apparecchio o taglio ipogastrico.* — Consiste nel fare un'incisione alla parete del ventre al di sopra del pube e nell'aprire la parte anteriore della vescica per estrarre una pietra contenuta in questo viscere. 542. — Inventata da Franco, encomiata da Rousset, consigliata da Fabbrizio Ildano. 543. — Storia medica di questo metodo operativo. 543. Non si usa più questa operazione fuorchè nel caso, in cui la pietra è troppo voluminosa per estrarla dall'incisione del collo. 543. — Metodo operatorio seguito da Rousset. 544. — Inconvenienti di questo metodo. 545. — Metodo di Fra Cosimo; molto più vantaggioso degli altri. 545. — Medicatura della ferita al perineo. di quella dell' ipogastro. 549.

— *Litotomia nelle Donne*. La operazione della pietra si fa più di rado nelle donne che negli uomini. — Motivi di questa differenza. 550. — Nella donna, come nell'uomo, si può litotomizzare al di sopra, o al di sotto del pube. 550. — Vi sono due maniere di fare la litotomia al di sotto del pube, cioè colla dilatazione dell'uretra e del collo della vescica, e per mezzo del taglio di queste parti. 550. — Modo di dilatazione con i conduttori. 550. — Processo di dilatazione in grazia dei gorgeret. 550. — Metodo di dilatazione per mezzo della spugna preparata. 551. La dilatazione dev'essere messa in pratica, quando si tratta di cavare delle pietre d'un piccolissimo volume; pericoli che vi sarebbero a seguire questo metodo nei casi, in cui i calcoli avessero una mole un poco considerevole. 551. — Processo operatorio descritto da Celso e da Albucasi; inconvenienti di questo metodo. 551. — I moderni fendono l'uretra in tutta la sua estensione, e intaccano il collo della vescica più, o meno profondamente. 551. — Il litotomo nascosto è lo stromento che si ha da preferire per effettuar questo taglio; maniera d'introdurlo e di ritirarlo. 551. — Alcuni Chirurghi hanno pensato che si agevolerebbe l'estrazione dei calcoli voluminosi tagliando l'uretra e il collo della vessica a destra e a sinistra. 652. — Strumento immaginato da Louis per fare questa doppia incisione. 552. — Processo operatorio di Louis; inconvenienti gravi di questo metodo. 552. — Strumento e processo operatorio di Flurant. 552. — Se una pietra a forza di poggiare sul basso fondo della vescica vi producesse un'ulcerazione che penetrasse nella vagina, bisognerebbe ampliare questa piaga col bisturì, e cavare la pietra. 552. — Litotomia cisto-vaginale proposta da Fabbrizio Ildano: processo operatorio. 553. — Modificazioni apportate da Mery a questo processo operativo 553. — L'estrazione dei calcoli colle tanaglie si fa egualmente che nell'uomo. 554.

Vigarous. Ha veduto la gangrena di spedale regnare epidemicamente per due anni negli Spedali di Montpellier. I, 174. È stato uno dei primi a porre in pratica la resezione della testa dell'omero. II, 393.

Vigo, (*cerotto di*). Concorre a procurare la risoluzione delle glandule infiammate. I, 27.

Vino. Rigorosamente interdetto agli ammalati nel corso d'una infiammazione grave, o d'una emoragia. I, 21. — Vino mielato proposto per irritare leggermente la superficie delle ferite suppuranti. 161.

Vipera. È il solo rettile in Francia, il di cui morso sia veramente pericoloso. — Descrizione anatomica di questo serpente. — Meccanismo della sua mascella, e dell'introduzione del veleno nelle ferite. I, 201.

Virile (*età*). Predispone alle flogosi addominali. I, 11.

Visceri. S'infiammano con tanta maggior facilità, quanto più abbondantemente sono provvisti di vasi. I, 10.

Vista (*aberrazione della*). Malattia in cui gli occhi trasmettono al cervello degli oggetti immaginari. *Cause*; alterazione degli umori, o delle membrane dell'occhio, lesioni cerebrali. — *Cura*; sottrarre i soggetti alle cause, che hanno potuto produrre la malattia. — Sanguisughe alle tempie, coppette, scarificazioni, vessicanti alla nuca fomentazioni ammollienti, topici freddi, sternutatori, emetici, purganti. III, 151.

Vitreo (*aumento e fusione dell'umor*). *Ved*. Idrottalmia e atrofia dell'occhio.

Vizi di conformazione del prepuzio. *Ved.* Prepuzio.

Vizi *di conformazione del clitoride*. V, 141.

Vizi *di conformazione della vulva*. *Ved.* Vulva.

Vizi *di conformazione dell'uretra*. *Ved.* Ipospadia, Verga.

Vizi *di conformazione delle ninfe*. V, 141.

Vizi *di conformazione della vagina*. *Ved.* Vagina.

Vizi *di conformazione dell'utero*. *Ved.* Utero.

Vizi *di conformazione delle dita*. *Ved.* dita.

Vizi *di situazione dell'utero*. *Ved.* Antiversione, Retroversione.

Voglie ingenite. Sono talvolta confuse con i tumori fungosi di nascita. I, 350. — Si manifestano su tutte le parti del corpo, e specialmente sul viso. — Sono per l'ordinario coperte di peli. — Alcune fiate hanno un color rosso, che si fa più intenso all'avvicinarsi della mestruazione. — Non interessano mai altro che il tessuto reticolare della pelle. — Non sono mai accompagnate da pericolo. — I Caustici, e lo strumento tagliente saranno utilmente impiegati per distruggerle. 350.

Volvulo. La gastrotomia è stata consigliata per sanare questo male. IV, 167.

Vomiche. Distinte dagli ascessi. I, 86.

Vomitivi. Utili nelle infiammazioni in generale. — Possono in certi casi divenir nocivi, o produrre una metastasi. I, 21.

Vulva (*otturamento della*). Può essere congenito, o accidentale; circostanze che possono dar luogo all'otturamento accidentale della vulva. IV, 131. — Nella maggioranza dei casi l'otturamento della vulva non occupa che la parte corrispondente all'orifizio della vagina. 131. — Sconcerti che mette in campo quest'otturamento completo, e incompleto. — *Cura* di questa infermità. 131. — L'otturamento incompleto della vulva non frappone necessariamente ostacolo alla concezione. 132.

Vulva (*erisipela della*). S'osserva assai frequentemente; la cura dev'essere semplicemente ammolliente. IV, 142.

Vulva (*erpeti della*). Si estendono per l'ordinario alla faccia interna e superiore delle coscie. — Essi esigono la stessa cura degli erpeti in generale. V, 143.

Vulva (*ulceri veneree della*). Rassomigliano molto quelle della verga, sono dovute alle stesse cause, assumono lo stesso corso, reclamano l'istessa cura. V. 143.

Vulva (*escrescenze sifilitice della*). Sono dell'istessa qualità, ed esigono la stessa cura di quelle del pene. V, 143.

Vulva (*cancro della*). L'ablazione, e la cauterizzazione sono i soli mezzi di guarirlo, quando il male e locale. V, 143.

Z

Zaffamento. Mezzo di frenare l'emoragie. — È il più sovente dolorosissimo. — Ha dei gravi inconvenienti. — Non si ha da impiegare che nelle circostanze estreme. I, 255. — Dev'essere evitato nel caso di ferite d'arme a fuoco a causa degli accidenti inflammatorii che risveglia. 196.

Zona. Attacca più particolarmente il tessuto reticolare della pelle. — Suoi caratteri. — È sata chiamata anco fascia erpetica, e fuoco sacro, risipola, o erpete miliare. — Può aver la sua sede su tutte le parti del corpo. — Occupa più particolarmente uno dei lati del tronco. — Dipende sempre da una causa interna. — Il suo corso si divide in quattro stadi. 1.° *stadio*, sintomi precursori. 2.° *stadio*, comparsa delle pustole, loro carattere speciale. — 3.° *stadio*: ulcerazione, suppurazione, disseccamento delle pustule. 4.° *stadio*: caduta delle croste, rigenerazione dell' epidermide. — Perseveranza del dolore. — *Prognostico* poco infausto. — La ripercussione della malattia ha luogo qualche volta. — Provoca dei gravi accidenti. — *Cura*; dieta evacuanti. — I topici sono dannosi. — Vessicante per combattere il dolore, che persiste. I, 257.

FINE DELL' INDICE ANALITICO.